…………………………………………………………………………………

Pieczątka Podmiotu kierującego

 Na podstawie załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 22.11.2013r.(poz. 1658)

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO**

 **W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM1)**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Czynność3) | Wynik4) |
| 1. |   **Spożywanie posiłków:** 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
| 2. |   **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:** 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna ( jedna lub dwie osoby)10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 - samodzielny |  |
| 3. |  **Utrzymanie higieny osobistej:**  0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy , czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4. |  **Korzystanie z toalety (WC):**  0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5. |   **Mycie, kąpiel całego ciała:**  0 - zależny5 - niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6. |   **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** 0 - nie porusza się lub < 50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |  |
| 7. |   **Wchodzenie i schodzenie po schodach:** 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 - samodzielny |  |
| 8. |   **Ubieranie i rozbieranie się:**  0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |
| 9. |   **Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:**0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje stolec |  |
| 10. |   **Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:** 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz  |  |
|  | Wynik kwalifikacji5) |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………….. ……………………………………

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

albo lekarza zakładu opiekuńczego6) albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego6)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

3) W lp. 1–10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1–10.

1. Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym