**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO**

**1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ...........................................................................................................

Adres zamieszkania .................................................................................................................................

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L/p** | **Nazwa czynności 1/** | **Wartość punktowa 2/** |
| **1.** | **Spożywanie posiłków**  0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię  5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym  10 = samodzielny, niezależny |  |
| **2.** | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie**  0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu  5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć  10 = samodzielny |  |
| **3.** | **Utrzymanie higieny osobistej**  0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych  5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych  10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów także z zapewnionymi pomocami |  |
| **4.** | **Korzystanie z toalety (WC)**  0 = nie korzysta w ogóle z toalety  5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety  10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby |  |
| **5.** | **Mycie i kąpiel całego ciała**  0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika  5 = wymaga pomocy  10 = samodzielny |  |
| **6.** | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**  0 = w ogóle nie porusza się  5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby  10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego |  |
| **7.** | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby  5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji  10 = samodzielny |  |
| **8**. | **Ubieranie i rozbieranie się**  0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby  5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby  10 = samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł |  |
| **9**. | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu**  0 = nie panuje nad oddawaniem stolca  5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec  10 = kontroluje oddawanie stolca |  |
| **10**. | **Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego**  0 = nie panuje nad oddawaniem moczu  5 = sporadyczne bezwiedne oddaje mocz  10 = kontroluje oddawanie moczu |  |
| **Wynik kwalifikacji 3/** | |  | |

1/ należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

2/ należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

3/ należy wpisać uzyskaną sumę punktów

........................................................................ ........................................................................

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki Data, pieczęć, podpis lekarza