**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 jejunostomię5 = 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 siedzeniu5 = 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 higienicznych10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów także z zapewnionymi pomocami |  |
| **4.**  | **Korzystanie z toalety (WC)** 0 = nie korzysta w ogóle z toalety5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby  |  |
| **5.**  | **Mycie i kąpiel całego ciała** 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika5 = wymaga pomocy10 = 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 osoby10 = 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 osoby5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji10 = samodzielny |  |
| **8**.  | **Ubieranie i rozbieranie się**0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby10 = samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł |  |
| **9**.  | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec10 = kontroluje oddawanie stolca |  |
| **10**.  | **Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadyczne bezwiedne oddaje mocz10 = 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