K**arta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel1)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

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

Adres zamieszkania

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

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

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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Czynność | Wynik2) |
| 1. | **Spożywanie posiłków:** **0**-nie jest w stanie samodzielnie jeść **5**-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety **10**-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 fizyczna **15**-samodzielny |  |
| 3. | **Utrzymywanie higieny osobistej:** **0**-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych **5**-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4. | **Korzystanie z toalety (WC)****0**-zależny **5**-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam **10**-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała:** **0**-zależny **5**-niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** **0**-nie porusza się lub < 50 m **5**-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m **10**-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **15**-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; przenoszenie **10**-samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie:** **0**-zależny **5**-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy **10**-niezleżny 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 niesamodzielny **5**-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) **10**-panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **Wynik kwalifikacji3)** |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymagania/nie wymaga4) skierowania do Dziennego Domu Opieki Medycznej

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

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

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

…....…............................................... …………….……................................. data, pieczęć, podpis data, pieczęć, podpis

lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

Przypisy:

1) 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.

2) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

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

4) Należy podkreślić właściwe.