

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ¹⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²	WYNIK ³
1	<u>Spożywanie posiłków:</u> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<u>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</u> 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	<u>Utrzymywanie higieny osobistej:</u> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<u>Korzystanie z toalety (WC) :</u> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<u>Mycie, kąpiel całego ciała:</u> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	<u>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</u> 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	<u>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</u> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	<u>Ubieranie się i rozbieranie:</u> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<u>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</u> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	<u>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</u> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moc	
Wynik kwalifikacji⁴		



Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga^{*)} skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

.....

.....

.....

.....

*data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego*

*data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego*

*) Zbyteczne skreślić

- 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) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
- 3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.