Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

 **KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU**

 **OPIEKUŃCZEGO**

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

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

Adres zamieszkania ……………..................................................................................................................

PESEL (w przypadku braku numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość) ...................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp.  | **Nazwa czynności¹/**  | Wartość punktowa ² |
| 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 siedzeniu5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna10 = 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 poniżej 50 m5 =niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m10 = spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m15= niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**0 = nie jest w stanie5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 = samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie**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 lewatyw5 = czasami popuszcza (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe)10 = panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **Wynik kwalifikacji ³/** |  |

**¹/** Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

²/ Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

³/ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

 …………………….........……..............................................

 *data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego*

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczego

 ….....................................................................

 *data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego*

**\* / - niepotrzebne skreśli**