

KARTA OCENY STANU CHOREGO WG SKALI BARTHEL

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania:

.....
PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Lp.	Czynność (w pkt. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy)	Wynik 2)
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu 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 – spacer 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 – niezależny 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 wymaga/nie wymaga⁴⁾** skierowania do objęcia opieką w Domu Diennej Opieki dla Osób Starszych.

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

.....
data, pieczęć
i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć
i podpis 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.



Hospicjum św. Ojca Pio – Pszczyna 43-200, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1 A
www.hospicjumojcapio.pl, e-mail: pio@hospicjumojcapio.pless.pl