

Projekt pn. „Społeczność siłą rozwoju – rozwój usług opiekuńczych na terenie objętym LSR Ziemia Pszczyńska” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO REGULAMINU

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO OBJĘCIA OPIEKĄ W DOMU**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹⁾

L p	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-potrzuje 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-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje 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-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020



Ul. Skłodowskiej 1, 43-200 Pszczyzna, KRS: 0000130935, NIP: 6381523665,
tel/fax: 32 738-62-62, www.hospicjumojcapiu.pless.pl, email: pio@hospicjumojcapiu.pless.pl

Projekt pn. „Społeczność siłą rozwoju – rozwój usług opiekuńczych na terenie objętym LSR Ziemia Pszczyńska” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

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

.....

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

.....
 data, pieczęć, 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.

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Ul. Skłodowskiej 1, 43-200 Pszczyzna, KRS: 0000130935, NIP: 6381523665,
tel/fax: 32 738-62-62, www.hospicjumojcapio.pless.pl, email: pio@hospicjumojcapio.pless.pl

