

**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 Barthel<sup>1)</sup>**

Lp.	Czynność (w pkt. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy)	Wynik <sup>2)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje pomocy w krojeniu, smarowaniu itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	



9.	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> <b>0</b> -nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> -panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> -nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> -panuje, utrzymuje mocz	
		<b>Wynik kwalifikacji<sup>3)</sup></b>

### Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona **osoba wymaga/nie wymaga<sup>4)</sup>** 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.

