KARTA OCENY BARTHEL
OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[1)]

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**-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**-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**-niezleżny 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 kwalifikacji[3)]	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona **osoba wymaga/nie wymaga[4)]** skierowania do objęcia opieką w domu

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

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki

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.

KARTA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Data rozpoczęcia opieki: .....

Imię, nazwisko.....

Adres:.....

Opiekun faktyczny.....
(imię, nazwisko, telefon)

ZESPÓŁ HOSPICYJNY:

Opiekun.....
(imię, nazwisko, telefon)

Pielęgniarka.....
(imię, nazwisko, telefon)

Psycholog.....
(imię, nazwisko, telefon)

Ważne telefony:

Pogotowie: **999, 112**

Nocny dyżur ambulatoryjny: 32 447 47 05

Magazyn hospicyjny: 32 4457808 wew. 2

Poradnia hospicyjna: 32 4457808

HARMONOGRAM PRACY
W DOMU OSOBY NIESAMODZIELNEJ
w miesiącu ……..20….. r.

Imię, nazwisko osoby niesamodzielnej ……

Data	Godz. wejścia	Podpis pracownika	Godz. wyjścia	Podpis pracownika	Podpis opiekuna osoby niesamodzielnej lub osoby niesamodzielnej

.....

.....

Zatwierdzono

Imię nazwisko os. niesamodzielnej.....

Inne zalecenia pielęgniarki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Podpis pielęgniarki

Imię nazwisko os. niesamodzielnej……

Inne zalecenia pielęgniarki:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……. …….

Data Podpis pielęgniarki

Imię nazwisko os. niesamodzielnej……

Inne zalecenia psychologa/psychoterapeuty:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……. …….

Data Podpis psychologa/psychoterapeuty

Imię nazwisko os. niesamodzielnej……

Inne zalecenia psychologa/psychoterapeuty:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……. …….

Data Podpis psychologa/psychoterapeuty

…… Miejscowość, data

…….
Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej

……

……

Adres zamieszkania

……
Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Niniejszym, potwierdzam zgodę na udział w projekcie, zapoznałem(am) się z regulaminem, akceptuję warunki udziału w projekcie, w tym okres objęcia opieką osoby niesamodzielnej przez zespół na 3 miesiące z możliwością przedłużenia po kolejnej kwalifikacji na następne 5 miesiący.

Osobą do kontaktów jest ……

Zamieszkała ……

Tel. ……

……

podpis