|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załącznik nr 2  do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie  **KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO  DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ** | | |
| Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[[1]](#footnote-1)  Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: | | |
| ...................................................................................................................................... | |
| Adres zamieszkania: | |
| ...................................................................................................................................... | |
| Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: | |
| ...................................................................................................................................... | |
|  | |
| **Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Czynność[[2]](#footnote-2)** | **Wynik[[3]](#footnote-3)** | | 1 | Spożywanie posiłków:  **0 -** nie jest w stanie samodzielnie jeść  **5** - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem 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 > 50 m |  | | 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 kwalifikacji[[4]](#footnote-4)** |  | | |
| **Wynik oceny stanu zdrowia**  Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do dziennego domu opieki medycznej | |
| .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | |
| ................................................................. | ................................................................ |
| data, pieczęć, podpis  lekarza ubezpieczenia zdrowotnego | data, pieczęć, podpis  pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego |

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10. [↑](#footnote-ref-4)