

**Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej
Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel***

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**	Wynik***
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 – spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, itp.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	
		Wynik kwalifikacji****

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*

*Mahoney Fl, Barthel D. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965, 14:5661. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

** W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan Świadczeniobiorcy.

*** Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

****Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp.1-10.

