

Załącznik nr IV do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej dla mieszkańców Poznania – karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej – ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel

**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:<br>0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp.lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 – samodzielny, niezależny  |          |
| 2  | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:<br>0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>15 – samodzielny |          |
| 3  | Utrzymywanie higieny osobistej:<br>0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)  |          |

**POZnań\***

 **FLANDRIA**  
Stowarzyszenie  
Wzajemnej Pomocy

Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania

|    |  |  |
|----|--|--|
| 4  | Korzystanie z toalety (WC)<br>0 – zależny<br>5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się  |  |
| 5  | Mycie, kąpiel całego ciała:<br>0 – zależny<br>5 – niezależny lub pod prysznicem  |  |
| 6  | Poruszanie się po powierzchniach płaskich:<br>0 – nie porusza się lub < 50 m<br>5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m<br>10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m<br>15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, itp. laski > 50 m |  |
| 7  | Wchodzenie i schodzenie po schodach:<br>0 – nie jest w stanie<br>5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10 – samodzielny  |  |
| 8  | Ubieranie się i rozbieranie:<br>0 – zależny<br>5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.   |  |
| 9  | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:<br>0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 – panuje, utrzymuje stolec  |  |
| 10 | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:<br>0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny<br>5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 – panuje, utrzymuje  |  |
|    | <b>Wynik kwalifikacji****</b>  |  |

**POZnań\***



**FLANDRIA**  
Stowarzyszenie  
Wzajemnej Pomocy

*Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania*

## 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, 14:56-61. 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.

**POZnań\***

 **FLANDRIA**  
Stowarzyszenie  
Wzajemnej Pomocy

**Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze  
środków budżetowych Miasta Poznania**