

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
ZAKŁADU LECZNICZO – OPIEKUŃCZEGO DLA DZIECI „BETLEJEM”**
ul. Pszczyńska 11, 44 – 335 Jastrzębie – Zdrój
Dane świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub

.....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Nazwa czynności ²	Wynik 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 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 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	

¹ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń do celów niekomercyjnych.

² W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

³ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

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 15 –	
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 kwalifikacji⁴	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga⁵ skierowania do zakładu leczniczo – opiekuńczego:

.....

.....

.....

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

* W przypadku braku PESEL

⁴ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10

⁵ Niewłaściwe skreślić