Załącznik nr 2

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI**

**MEDYCZNEJ**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel 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)**  | **Wynik 3)** |
| 1 | **Spożywanie posiłków:****0** - nie jest w stanie samodzielnie jeść**5** - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymagazmodyfikowanej 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 bezpomocy**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 moc |  |
|  |  **Wynik kwalifikacji 4)** |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 1) 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.

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

3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.