*Załącznik nr 4. Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel*

*do Regulaminu rekrutacji i w projekcie pn. „Pomocna Dłoń -   
usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców   
Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”*

**KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL**

*wystawiana pacjentowi celem potwierdzenia spełnienia kryterium kwalifikującego do udziału w projekcie pn. . „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego” współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM 2014-2020.*

Imię i nazwisko pacjenta ............................................................................................................................................................

Wiek ……………………………………………………………PESEL...................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L/p | NAZWA CZYNNOŚCI \*/ | WARTOŚĆ PUNKTOWA \*\*/ |
| 1. | **Spożywanie posiłków**  0= nie jest w stanie sam przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię  5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym  10= samodzielny, niezależny |  |
| 2. | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie**  0= nie jest w stanie przemieszczać się. Nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu  5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć  10= samodzielny |  |
| 3. | **Utrzymanie higieny osobistej**  0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych  5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych  10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami |  |
| 4. | **Korzystanie z toalety (WC)**  0= nie korzysta w ogóle z toalety  5= potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety  10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby |  |
| 5. | **Mycie i kąpiel całego ciała**  0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika  5= wymaga pomocy  10=samodzielny |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**  0= w ogóle nie porusza się  5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby  10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także z użyciem sprzętu wspomagającego |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby  5= potrzebuje pomocy, fizycznej asekuracji  10= samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie**  0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby  5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby  10= samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł |  |
| 9. | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu**  0= nie panuje nad oddawaniem stolca  5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec  10= kontroluje oddawanie stolca |  |
| 10. | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego**  0= nie panuje nad oddawaniem moczu  5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz  10= kontroluje oddawanie moczu |  |
| WYNIKI KWALIFIKACJI \*\*/ | |  |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….

data, pieczęć, podpis lekarza lub pielęgniarki

**CZĘŚĆ INFORMACYJNA DLA OSÓB WYPEŁNIAJĄCYCH KARTY:**

**Szanowni Lekarze i Pielęgniarki,**

Wasi Pacjenci, zgłaszają chęć uczestnictwa w projekcie pn. *.* „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”

współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach 9 Osi Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie 9.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT . Głównym celem projektu jest poprawa jakości życia osób niesamodzielnych poprzez realizację działań na rzecz rozwoju usług opieki długoterminowej domowej oraz usług wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne, które umożliwią osobom niesamodzielnym na jak najdłuższe bezpieczne pozostanie w ich środowisku. Więcej informacji o projekcie umieszczono na stronie internetowej [www.pomocna-dlon.org](http://www.pomocna-dlon.org)

Wierzymy że Wasi pacjenci dzięki włączeniu do projektu i objęciu ich wsparciem w ramach projektu zyskają jeszcze większe poczucie bezpieczeństwa oraz szybką, fachową pomoc w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia.

Dziękujemy za wypełnienie formularza oraz poświęcony Pacjentowi czas,

Realizatorzy projektu – Fundacja 4Future , Fundacja Gajusz oraz HRP Care Sp. z o.o.

**Objaśnienia:**

\*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta oraz wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*/ w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów