

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM.

KARTA OCENY STANU OSOBY WG SKALI BARTHEL

KIEROWANEGO DO OBJĘCIA PIELEGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL, (w przypadku braku numeru PESEL, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Ocena osoby wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
1	<p>Spożywanie posiłków:</p> <p>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść</p> <p>5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety</p> <p>10 - samodzielny, niezależny</p>	
2	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</p> <p>0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</p> <p>5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)</p> <p>10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</p> <p>15 - samodzielny</p>	
3	<p>Utrzymanie higieny osobistej:</p> <p>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p> <p>5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>	
4	<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam</p> <p>10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	

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



5	<p>Mycie, kąpiel całego ciała:</p> <p>0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem</p>	
6	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</p> <p>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, np. laski > 50 m</p>	
7	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</p> <p>0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny</p>	
8	<p>Ubieranie się i rozbieranie:</p> <p>0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.</p>	
9	<p>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:</p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec</p>	
10	<p>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:</p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz</p>	
Wynik kwalifikacji⁴		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga⁵** pielęgniarstwa długoterminowego

.....
data, pieczęć, podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

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

⁵ Niepotrzebne skreślić