

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

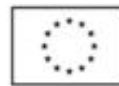
Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| Lp. | Czynność ² | Wynik ³ |
|-----|--|--------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków: 0 -nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 -potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub 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 | |

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



| | | |
|-----|---|--|
| 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 > 50m | |
| 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 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 | |
| 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 dziennego domu opieki medycznej.

.....

.....

.....
data, podpis i pieczętka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
*data, podpis i pieczętka pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
 albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej*

⁴ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

⁵ Należy wykreślić odpowiedni zapis