

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

### 1. Ocena pacjenta wg skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Lp.	Nazwa czynności*	Wartość punktowa**
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się(z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 = większa pomoc (w jedną, dwie os. fizyczna) może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności zw. z higieną 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny od wózka 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny od wózka 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby > 50m 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego>50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje częściowej pomocy 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	

Lp.	Nazwa czynności*	Wartość punktowa**
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje prowokowanie wydalania 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 = sporadycznie bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
	<b>Wynik kwalifikacji ***</b>	

\*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

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

2.

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w przewlekłych schorzeniach	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			

3.

Lp.	Nazwa poradni, zakładów opieki zdrowotnej udzielających specjalistycznych porad (świadczeń) ambulatoryjnych ***
1.	
2.	
3.	

.....  
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

Legenda:

- \* niepotrzebne skreślić
- \*\* wstawić znak X w odpowiednich pozycjach
- \*\*\* poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent