

**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 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 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	
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 wymaga⁴⁾** 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. 40 – 65.

