

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY  
KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO**

## 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali

Barthel<sup>2)</sup> 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 <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> <b>0</b> -nie jest w stanie samodzielnie jeść <b>5</b> -potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety <b>10</b> -samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> <b>0</b> -nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu <b>5</b> -większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) <b>10</b> -mniejsza pomoc słowna lub fizyczna <b>15</b> -samodzielny	
3.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> <b>0</b> -potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych <b>5</b> -niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam <b>10</b> -niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <b>0</b> -nie porusza się lub < 50 m <b>5</b> -niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m <b>10</b> -spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> -niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <b>0</b> -nie jest w stanie <b>5</b> -potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie <b>10</b> -samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy <b>10</b> -niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	

9.	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> <b>0</b> -nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> -panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> -nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> -panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>		

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

**2. Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

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

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów