



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

Projekt: Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska

Załącznik nr 3 do Regulaminu projektu

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Na podstawie załączonego Kwestionariusza oceny funkcjonowania zaświadczam,  
iż Pan/Pani:** .....

*imię i nazwisko pacjenta/pacjentki*

.....  
*PESEL pacjenta/pacjentki*

**w ocenie skalą Barthel uzyskał/a (0-40 punktów) tj:** ..... **punktów**  
*liczba punktów z Kwestionariusza oceny*

w związku z czym, **kwalifikuje się do objęcia długoterminową opieką domową**  
i wymaga wsparcia w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych<sup>1</sup> realizowanych  
w miejscu zamieszkania, w ramach projektu: „Kompleksowa opieka domowa dla osób  
starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska”.

Dodatkowe informacje opisujące stan Pacjenta/Pacjentki:

1. Rozpoznanie w języku polskim według ICD10 (choroba zasadnicza i choroby  
współistniejące): .....

.....

2. Dodatkowe ważne informacje o pacjencie: .....

.....

3. U pacjenta/pacjentki występuje niepełnosprawność sprzężona:  Tak  Nie

4. U pacjenta/pacjentki występuje niepełnosprawność intelektualna:  Tak  Nie

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Podpis i pieczęć lekarza*

<sup>1</sup> Specjalistyczne usługi opiekuńcze to realizowanie w ramach projektu usługi opiekuńcze rozszerzone o wsparcie pielęgniarstwa, rehabilitacyjne czy wsparcie psychologa - realizowane w miejscu zamieszkania pacjenta/pacjentki, na podstawie Indywidualnego Planu Wsparcia zapewniającego adekwatność zakresu wsparcia kierowanego do danego pacjenta do indywidualnych potrzeb i możliwości tego pacjenta/pacjentki



Projekt: Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska

**KWESTIONARIUSZ OCENY FUNKCJONOWANIA****WG. SKALI BARTHEL***załącznik do Zaświadczenia lekarskiego*

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL .....

<i>L/p</i>	<i>NAZWA CZYNNOŚCI *</i>	<i>WARTOŚĆ PUNKTOWA **/</i>
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	



Projekt: Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska

L/p	NAZWA CZYNNOSCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego: .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Pieczęć i podpis  
 Lekarza / Pielęgniarki

\* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

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