**KARTA OCENY PACJENTA KIEROWANEGO   
DO OBJĘCIA KOMPLEKSOWĄ MEDYCZNĄ OPIEKĄ DOMOWĄ**

Imię i nazwisko: ……..……………...........................................................................................................

Adres zamieszkania: ……………………..................................................................................................

Numer PESEL,: ………………………………………..............................................................................

**Ocena wg skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Czynność**  *w pkt. 1-10* ***należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości*** *najlepiej opisującą stan pacjenta*  *i wpisać jej wartość do kolumny „wynik”* | **Wynik** |
| 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**-niezleżny 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 kwalifikacji**  *(Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10)* |  |

…....…...............................................

data, pieczęć, podpis pielęgniarki