

KARTA ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego

tożsamość.....

Lp.	Nazwa czynności ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0=nie jest w stanie samodzielnie jeść 5=potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10=samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie 0=nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5=większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10=mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15=samodzielny	
3.	Utrzymanie 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	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0=zależny 5=niezależny lub pod prysznicem	
6.	Porusza się po powierzchniach płaskich 0=nie porusza się lub < 50m 5=niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50m 10=spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 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	

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

8. Ubieranie i rozbieranie się 0=zależny 5=potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10=niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywania sznurowadeł, itp.	
9. Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0=nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5=czasami popuszcza (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10=panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁵	

2. Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹, skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym.¹

.....

.....

.....

.....

.....
data, pieczętka i podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego⁶

.....
data, pieczętka i podpis pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki
zakładu opiekuńczego⁶

1. Niepotrzebne skreślić
2. 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.
3. W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
4. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
5. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów
6. Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczy