**KARTA OCENY PACJENTA PRZYJMOWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/**

**PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko ........................................................................................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................................................

PESEL: …………………………………………….......................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L/p** | **Nazwa czynności** | **WYNIK** |
| 1 | **Spożywanie posiłków**0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść5- potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
| 2 | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie**0- nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5 - większa pomoc fizyczna( jedna lub dwie osoby)10-samodzielny, niezależny |  |
| 3 | **Utrzymanie higieny osobistej**0- potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów ( z zapewnionymi pomocami)10 - samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 |  **Korzystanie z toalety (WC)**0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10- niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
|  | **Mycie i kąpiel całego ciała**0 - zależny5 -niezależny lub pod prysznicem |  |
|  | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**0- nie porusza się lub < 50 m5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m15- niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np..laski > 50 m |  |
|  | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**0 - nie jest w stanie5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 - samodzielny |  |
|  | **Ubieranie się i rozbieranie**0 - zależny5 - potrzebuje pomocy , ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy10- niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |
|  | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu**0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5- czasami popuszcza( zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje stolec |  |
|  | **Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego**0- nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny5- czasami popuszcza( zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje mocz |  |
|  |  SUMA |  |

**…………………………….……………………………………..**

 data, pieczęć, podpis pielęgniarki