**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 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, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu  5 - większa pomoc fizyczna( jedna lub dwie osoby)  10-samodzielny, niezależny |  |
| 3 | **Utrzymanie higieny osobistej**  0- potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych  5 - 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 - zależny  5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam  10- niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
|  | **Mycie i kąpiel całego ciała**  0 - zależny  5 -niezależny lub pod prysznicem |  |
|  | **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 > 50 m |  |
|  | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  0 - nie jest w stanie  5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie  10 - samodzielny |  |
|  | **Ubieranie się i rozbieranie**  0 - zależny  5 - potrzebuje pomocy , ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy  10- niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |
|  | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu**  0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw  5- czasami popuszcza( zdarzenia przypadkowe)  10 - panuje, utrzymuje stolec |  |
|  | **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 |  |
|  | SUMA |  |

**…………………………….……………………………………..**

data, pieczęć, podpis pielęgniarki