**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM PSYCHIATRYCZNYM1)**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali **Barthel2)**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: ............................................................................................

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

Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **Czynności3)** | **Wynik4)** |
| **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**-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 zależny na wózku  **5**-niezależny na wózku lub do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego  **10**-spacery z pomocą fizyczną jednej osoby na odległość >50m  **15**-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski na odległość >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**-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. |  |
| **9.** | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:**  **0**-nie panuje nad oddawanie stolca lub potrzebuje lewatyw  **5**-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  **10**-panuje, utrzymuje stolec |  |
| **10.** | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherze moczowego:**  **0**-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny  **5**-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  **10**-panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **Wynik kwalifikacji5)** |  |

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

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia

zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu

opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga1) skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym1)

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

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

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia

zdrowotnego albo lekarza zakładu

opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

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.