

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Projekt: Domowy Krąg Opieki – kompleksowe wsparcie pielęgniarzką opieką długoterminową w miejscu zamieszkania.

Nr projektu: FESL.07.06-IZ.01-0D6B/24-005

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

L.p	Czynność	Wynik
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b>	

	<b>0</b> -nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> -panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> -nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> -panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji</b>	

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga pielęgniarstwa długoterminowego w domu

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 pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej w domu