*Załącznik nr 2*

*do Regulaminu Miejskiego Ośrodka Opieki*

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[[1]](#footnote-1)**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………. |

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………. |

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

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czynność** | **liczba punktów** |
| **0 pkt** | **5 pkt** | **10 pkt** | **15 pkt** |
| Spożywanieposiłków | ❒ nie jest w stanie samodzielnie jeść | ❒ Potrzebuje pomocy (krojenie, smarowanie) lubzmodyfikowanej diety | ❒ Samodzielne, osoba niezależna |  |
| Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie | ❒ Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu | ❒ Większa pomoc fizyczna, (1 lub 2 osoby) | ❒ Mniejsza pomoc słowna lub fizyczna | ❒ Samodzielnie |
| Utrzymanie higienyosobistej | ❒ potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych | ❒ Niezależny przy myciu twarzy, zębów, czesaniu, goleniu(z zapewnionymi pomocami) |  |  |
| Korzystanie z WC | ❒ Osoba zależna | ❒ Potrzebuje pomocy, ale może zrobić coś sama | ❒ Niezależna – zdejmowanie, zakładanie, podcieranie się, ubieranie się |  |
| Mycie, kąpiel całego ciała | ❒ Osoba zależna | ❒ Osoba niezależna |  |  |
| Poruszanie się popowierzchniachpłaskich | ❒ Nie porusza się lub pokonuje <50m | ❒ Niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m | ❒ Spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m | ❒ Niezależny, ale może używać laski >20 m |
| Wchodzenie i schodzenie po schodach | ❒ Nie jest w stanie chodzić po schodach | ❒ Potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia) | ❒ Osoba samodzielna |  |
| Ubieranie się irozbieranie | ❒ Zależny od innych osób | ❒ Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy | ❒ Niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie) |  |
| Kontrolowanie oddawania stolca/ zwieracza odbytu | ❒ Nie kontroluje oddawania stolca lub wymaga lewatyw | ❒ Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) | ❒ Kontroluje oddawanie stolca |  |
| Kontrolowanieoddawania moczu | ❒ Nie kontroluje moczu lub ma założony cewnik | ❒ Czasami popuszcza mocz (zdarzenia przypadkowe) | ❒ Kontroluje oddawanie moczu |  |
| **WYNIK** | ............................................................................................... |

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[[2]](#footnote-2) skierowania do dziennego domu opieki medycznej

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  ………….............................  |  …………….............................. |
| data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego | data, pieczęć, podpis pielęgniarkiubezpieczenia zdrowotnego |
|  |  |



1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)