**ZAŁĄCZNIK NR 3** DO

*REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO*

*DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W GŁOGOWIE*

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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[[1]](#endnote-2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:  |  |
| Adres zamieszkania:  |  |
| Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: |  |

**OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność[[2]](#endnote-3)** | **Wynik[[3]](#endnote-4)** |
|  | **Spożywanie posiłków:**0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
|  | **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 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 - samodzielny |  |
|  | **Utrzymywanie higieny osobistej:**0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
|  | **Korzystanie z toalety (WC)**0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
|  | **Mycie, 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 bezpomocy10 - 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 toniesamodzielny5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje mocz |  |
| **Wynik kwalifikacji[[4]](#endnote-5)** |  |

**WYNIK OCENY STANU ZDROWIA**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga[[5]](#endnote-6)** skierowania do dziennego domu opieki medycznej

|  |
| --- |
| .......................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| *.............................................................* | *.................................................................* |
| *data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego* | *data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia 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. [↑](#endnote-ref-2)
2. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy. [↑](#endnote-ref-3)
3. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#endnote-ref-4)
4. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10. [↑](#endnote-ref-5)
5. Niepotrzebne skreślić. [↑](#endnote-ref-6)