

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

zlokalizowanego pod adresem ul. Krótka 1, 05-500 Chyliczki

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy	
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy	
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy	

### Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność <sup>1</sup>	Wynik <sup>2</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść</li> <li>▪ 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety</li> <li>▪ 10 - samodzielny, niezależny</li> </ul>	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</li> <li>▪ 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)</li> <li>▪ 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</li> <li>▪ 15 - samodzielny</li> </ul>	
3	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</li> <li>▪ 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</li> </ul>	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - zależny</li> <li>▪ 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam</li> <li>▪ 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</li> </ul>	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - zależny</li> <li>▪ 5 - niezależny lub pod prysznicem</li> </ul>	

<sup>1</sup> W lp. 1-10 należy **wybrać i podkreślić** jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>2</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<b>6</b>	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - nie porusza się lub &lt; 50m</li> <li>▪ 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty &gt; 50m</li> <li>▪ 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby &gt; 50m</li> <li>▪ 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski &gt; 50m</li> </ul>	
<b>7</b>	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - nie jest w stanie</li> <li>▪ 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie</li> <li>▪ 10 - samodzielny</li> </ul>	
<b>8</b>	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - zależny</li> <li>▪ 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy</li> <li>▪ 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</li> <li>▪ 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</li> <li>▪ 10 - panuje, utrzymuje stolec</li> </ul>	
<b>10</b>	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny</li> <li>▪ 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</li> <li>▪ 10 - panuje, utrzymuje mocz</li> </ul>	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>3</sup></b>		

### Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba:

wymaga

nie wymaga

skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

.....

.....

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego

.....  
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  
zdrowotnego

<sup>3</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.