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

Ocena świadczeniobiorcy według skali Barthel[[1]](#endnote-1)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ………………………………………………………………………………………………….

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

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ocena świadczeniobiorcy według skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Czynność[[2]](#endnote-2)** | **Wynik[[3]](#endnote-3)** |
| 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 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 < 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 > 50 m |  |
| 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 oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw  5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  10 - panuje, utrzymuje stolec |  |
| 10 | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza**:  0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to  niesamodzielny  5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  10 - panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **Wynik kwalifikacji:[[4]](#endnote-4)** |  |

**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 ubezp. zdrowotnego

1. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych. [↑](#endnote-ref-1)
2. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy. [↑](#endnote-ref-2)
3. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#endnote-ref-3)
4. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10. [↑](#endnote-ref-4)