



## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>1</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

| Lp. | Czynność <sup>2</sup>   | Wynik <sup>3</sup> |
|-----|---|--------------------|
| 1.  | Spożywanie posiłków:<br>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 - samodzielny, niezależny   |                    |
| 2.  | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:<br>0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>15 - samodzielny |                    |
| 3.  | Utrzymywanie higieny osobistej:<br>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)  |                    |
| 4.  | Korzystanie z toalety (WC)<br>0 - zależny<br>5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się   |                    |
| 5.  | Mycie, kąpiel całego ciała:<br>0 - zależny<br>5 - niezależny lub pod prysznicem   |                    |

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>3</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.



|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| 6.                                    | Poruszanie się po powierzchniach płaskich:<br>0 - nie porusza się lub < 50 m<br>5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m<br>10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m<br>15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7.                                    | Wchodzenie i schodzenie po schodach:<br>0 - nie jest w stanie<br>5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10 - samodzielny  |  |
| 8.                                    | Ubieranie się i rozbieranie:<br>0 - zależny<br>5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.   |  |
| 9.                                    | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:<br>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 - panuje, utrzymuje stolec  |  |
| 10.                                   | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:<br>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny<br>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 - panuje, utrzymuje mocz   |  |
| <b>Wynik kwalifikacji<sup>4</sup></b> |  |  |

### Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>5</sup> skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....  
.....

.....  
data, pieczęć, podpis  
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....  
data, pieczęć, podpis  
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

<sup>4</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10

<sup>5</sup> Niewłaściwe skreślić