

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

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
Spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/> nie jest w stanie samodzielnie jeść	<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy (krojenie, smarowanie) lub zmodyfikowanej diety	<input type="checkbox"/> Samodzielne, osoba niezależna	
Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie	<input type="checkbox"/> Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu	<input type="checkbox"/> Większa pomoc fizyczna, (1 lub 2 osoby)	<input type="checkbox"/> Mniejsza pomoc słowna lub fizyczna	<input type="checkbox"/> Samodzielnie
Utrzymanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/> potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych	<input type="checkbox"/> Niezależny przy myciu twarzy, zębów, czesaniu, goleniu (z zapewnionymi pomocami)		
Korzystanie z WC	<input type="checkbox"/> Osoba zależna	<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy, ale może zrobić coś sama	<input type="checkbox"/> Niezależna – zdejmowanie, zakładanie, podcieranie się, ubieranie się	
Mycie, kąpiel całego ciała	<input type="checkbox"/> Osoba zależna	<input type="checkbox"/> Osoba niezależna		

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.

Poruszanie się po powierzchniach płaskich	<input type="checkbox"/> Nie porusza się lub pokonuje <50m	<input type="checkbox"/> Niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m	<input type="checkbox"/> Spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m	<input type="checkbox"/> Niezależny, ale może używać laski >20 m
Wchodzenie i schodzenie po schodach	<input type="checkbox"/> Nie jest w stanie chodzić po schodach	<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia)	<input type="checkbox"/> Osoba samodzielna	
Ubieranie się i rozbieranie	<input type="checkbox"/> Zależny od innych osób	<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy	<input type="checkbox"/> Niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)	
Kontrolowanie oddawania stolca/ zwieracza odbytu	<input type="checkbox"/> Nie kontroluje oddawania stolca lub wymaga lewatyw	<input type="checkbox"/> Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	<input type="checkbox"/> Kontroluje oddawanie stolca	
Kontrolowanie oddawania moczu	<input type="checkbox"/> Nie kontroluje moczu lub ma założony cewnik	<input type="checkbox"/> Czasami popuszcza moc (zdarzenia przypadkowe)	<input type="checkbox"/> Kontroluje oddawanie moczu	
WYNIK			

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga² skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

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

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

² Niewłaściwe skreślić