

KARTA OCENY PACJENTA WG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	

13-2

1-81

8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
11.	Wynik kwalifikacji	

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza

.....
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki

13-1

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej

Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Oddzielne mieszkanie	3	
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3	
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3	
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3	
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3	
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3	
Warunki higieniczne bard./o dobre mieszkanie/pokój *) czyste, suche, widne, przestronne *)	0	Warunki higieniczne zadawalające mieszkanie/pokój *) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*)	2	Warunki higieniczne z,le mieszkanie/pokój *) zaniedbane, wilgotne, stale korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej	4	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nie przystosowane	3	
					Suma pkt.	

Właściwe podkreślić.

- a) sytuacja b. dobra: 0 do 4 pkt kategoria A
 b) sytuacja zadawalająca: 5 do 10 pkt kategoria B
 c) sytuacja zła: 11 do 25 pkt kategoria C.

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria *)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

*) Właściwe podkreślić.

14-2

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategoria *)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgnacyjnej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgnacyjnej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgnarskiej	C

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

(podpis pielęgniarki
przeprowadzającej wywiad)

(data)

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego
*) Wyrażam/nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

(data i podpis osoby kierowanej
do zakładu lub jej
przedstawiciela
ustawowego *)

*) Niepotrzebne skreślić