



Dzienny Dom Opieki Medycznej

Opieka medyczna dla powiatu stawieńskiego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ARS MEDICA

76-100 Stawno, ul. Koszalińska 4, tel. 59 810 58 55

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ¹⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| Lp. | Czynność ²⁾ | Wynik 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 z 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 | Utrzymanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) 10 - samodzielny, niezależny | |
| 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 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m. 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m.i | |
| 7 | Wchodzenie 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. | |

| Lp. | Czynność ²⁾ | Wynik ³⁾ |
|-----|---|---------------------|
| 9 | Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec | |
| 10 | Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz | |
| | Wynik kwalifikacji⁴⁾ | |

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

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.
 2) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
 3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
 4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10.