

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Dobra Jesień Życia- usługi opiekuńcze na terenie gminy Bobrowniki**”WZÓR
KARTA OCENY STANU OSOBY WEDŁUG SKALI BARTHEL1. Ocena osoby wg skali Barthel¹

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje 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 > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	

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 osoby.

³ Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.



8.	<p>Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.</p>	
9.	<p>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec</p>	
10.	<p>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</p>	
Wynik kwalifikacji⁴		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga⁵** wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

.....

.....
 data, pieczęć, podpis lekarza/
 data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
 zdrowotnego albo
 pielęgniarki opieki domowej długoterminowej

⁴ Wpisać uzyskaną sumę punktów

⁵ Niepotrzebne skreślić