



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia z gm. Strzyżewice”.

### KARTA OCENY STANU OSOBY WG SKALI BARTHEL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel<sup>1</sup>

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL,  
numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Ocena osoby wg skali Barthel

Lp.	Czynność <sup>2</sup>	Wynik <sup>3</sup>
1	<p><b>Spożywanie posiłków:</b></p> <p><b>0</b> – nie jest w stanie samodzielnie jeść  <b>5</b> – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety  <b>10</b> – samodzielny, niezależny</p>	
2	<p><b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b></p> <p><b>0</b> – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu  <b>5</b> – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)  <b>10</b> – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna  <b>15</b> – samodzielny</p>	
3	<p><b>Utrzymanie higieny osobistej:</b></p> <p><b>0</b> – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p>	

<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



	<b>5</b> – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> <b>0</b> – zależny <b>5</b> – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam <b>10</b> – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <b>0</b> – zależny <b>5</b> – niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <b>0</b> – nie porusza się lub < 50 m <b>5</b> – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m <b>10</b> – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <b>0</b> – nie jest w stanie <b>5</b> – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie <b>10</b> – samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> <b>0</b> – zależny <b>5</b> – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy <b>10</b> – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:</b> <b>0</b> – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> – panuje, utrzymuje stolec	



10	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> – 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>** wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

.....

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

---

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

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić