

Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego**1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Nr PESEL, a w przypadku braku nr PESEL numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

L/p	Nazwa czynności 1)	Wartość punktowa 2)
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie 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 pomoc 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 (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta z toalety w ogóle 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = kąpiel w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = w ogóle się nie porusza 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	
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, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadyczne bezwiednie oddaje stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	

10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji 3)		

- 1) należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 2) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,
- 3) należy wpisać uzyskaną sumę punktów

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

.....
 data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki