Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II w Katowicach”

**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 jeść5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymagazmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
| 2 | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 - samodzielny |  |
| 3 | Utrzymywanie higieny osobistej:0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | Korzystanie z toalety (WC)0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5 | Mycie, kąpiel całego ciała:0 - zależny5 - niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6 | Poruszanie się po powierzchniach płaskich:0 - nie porusza się lub < 50 m5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7 | Wchodzenie i schodzenie po schodach:0 - nie jest w stanie5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 - samodzielny |  |
| 8 | Ubieranie się i rozbieranie:0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bezpomocy10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp |  |
| 9 | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5 - 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 niesamodzielny5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje moc |  |
|  |  Wynik kwalifikacji 4) |  |

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 1) 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.