

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

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

.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

<b>Lp.</b>	<b>Czynność<sup>3)</sup></b>	<b>Wynik<sup>4)</sup></b>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	

7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
		<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

.....  
.....  
.....

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</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>3)</sup> W lp. 1–10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1–10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.