**KARTA OCENY STANU PACJENTA**

**WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL**

Imię i nazwisko pacjenta ………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………

PESEL ...................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| L.P.  |

 |

|  |
| --- |
|  NAZWA CZYNNOŚCI \*  |

 |

|  |
| --- |
|  WARTOŚĆ PUNKTOWA \*\*  |

 |
| 1. |

|  |
| --- |
|  **Spożywanie posiłków** 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 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 pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=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, także z zapewnionymi pomocami  |

 |  |
| 4. |

|  |
| --- |
|  **Korzystanie z toalety (WC)** 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby  |

 |  |
| 5. |

|  |
| --- |
|  **Mycie i kąpiel całego ciała** 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny  |

 |  |
| 6. |

|  |
| --- |
|  **Poruszanie się po powierzchniach płaskich** 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w 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 asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny  |

 |  |
| 8. |

|  |
| --- |
|  **Ubieranie się i rozbieranie** 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)  |

 |  |
| 9. |

|  |
| --- |
| **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu** 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca  |

 |  |
| 10. | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego** 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu  |  |
| **Łączna liczba punktów (wynik oceny) \*\*\***  |  |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………

 data, pieczęć, podpis lekarza specjalisty

\* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów