

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY SKIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania: .....

Numer PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

Lp.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
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>Utrzymanie 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>

.....  
.....

data , pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do dziennego domu opieki medycznej

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

.....  
.....

data , pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

<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.