

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W STRYŻOWIE**

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

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 <sup>2)</sup>	Wynik <sup>3)</sup>
1	<p><b>Spożywanie posiłków:</b></p> <p>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść</p> <p>5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety</p> <p>10 - samodzielny, niezależny</p>	
2	<p><b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b></p> <p>0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</p> <p>5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)</p> <p>10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</p> <p>15 - samodzielny</p>	
3	<p><b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b></p> <p>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p> <p>5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>	
4	<p><b>Korzystanie z toalety (WC):</b></p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam</p> <p>10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5	<p><b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b></p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - niezależny lub pod prysznicem</p>	



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

6	<p><b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b></p> <p>0 - nie porusza się lub &lt; 50 m</p> <p>5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty &gt; 50 m</p> <p>10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby &gt; 50 m</p> <p>15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski &gt; 50 m</p>	
7	<p><b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b></p> <p>0 - nie jest w stanie</p> <p>5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie</p> <p>10 - samodzielny</p>	
8	<p><b>Ubieranie się i rozbieranie:</b></p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy</p> <p>10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp</p>	
9	<p><b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b></p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</p> <p>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 - panuje, utrzymuje stolec</p>	
10	<p><b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b></p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny</p> <p>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 - panuje, utrzymuje moc</p>	
		<b>Wynik kwalifikacji <sup>4)</sup></b>



## Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

### Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 1) skierowania do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Strzyżowie.

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

.....  
*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.



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**Niniejszym kieruję:**

.....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....

**– do dziennego domu opieki medycznej.**

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć  
podmiotu leczniczego, w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia  
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie*