

Zał. Nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie

**KARTA OCENY OSOBY KIEROWANEGO  
DO GMINNEGO DZIENNEGO DOMU POMOCY W OSOBNICY**

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Ocena 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>	
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>	



	10 - spacery 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 moc	
	<b>Wynik kwalifikacji <sup>4)</sup></b>	

## SKIEROWANIE

Zaświadczam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga<sup>5)</sup>** skierowania do Gminnego Dziennego Domu Pomocy w Osobnicy

.....  
.....  
*data, pieczęć, podpis lekarza rodzinnego*

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 osoby

3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

5) Wybrać właściwe