Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 6 do *Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019”*

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= kapany 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