Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom opieki Medycznej w Starych Babicach”

**Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..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\*\*** | **Wynik\*\*\*** |
| 1. | **Spożywanie posiłków:****0**-nie jest w stanie samodzielnie jeść**5**-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety**10**-samodzielny, niezależny |  |
| 2. | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 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. | **Utrzymywanie higieny osobistej:****0**-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych**5**-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4. | **Korzystanie z toalety (WC) 0**-zależny**5**-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam**10**-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała: 0**-zależny**5**-niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0**-nie porusza się lub < 50 m**5**-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m**10**-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m**15**-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0**-nie jest w stanie**5**-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie**10**-samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie: 0**-zależny**5**-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy**10**-niezleżny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |
| **9.** | **Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:****0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw** **5- przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca****10- kontroluje oddawanie stolca** **5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)****10-panuje, utrzymuje stolec** |  |
| **10.** | **Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:****0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny****5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)****10-panuje, utrzymuje mocz** |  |
|  |  **Wynik kwalifikacji\*\*\*\*** |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do Dziennego Domu Opieki Medycznej

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

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

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

…………………………………………..………….… ……………………………………………………….

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

\*- Mahoney Fl, Barthel D. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965, 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

\*\*- W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan Świadczeniobiorcy.

\*\*\*- Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

\*\*\*\*- Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp.1-10.