

.....  
pieczętka świadczeniodawcy  
Nr umowy z NFZ

**Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel**

Nazwisko i imię pacjenta .....

Data urodzenia .....

L.p.	Nazwa czynności *	Wartość punktowa **
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 siadaniu 5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	..... ..... ..... .....
3	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	..... .....
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	..... ..... .....
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny 5 = niezależny	..... .....
6	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m 5 = niezależny poruszający się na wózku 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość > 50m 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległości > 50m	..... ..... ..... .....
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy ( fizycznej, przenoszenia) 10 = samodzielny	..... ..... .....
8	<b>Ubieranie i rozbieranie się.</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	..... ..... .....
9	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	..... ..... .....
10	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	..... ..... .....
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>		

Zgodnie z wynikiem oceny, pacjent kwalifikuje się / nie kwalifikuje się\*\*\*\*, do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową.

**Objaśnienia:**

\*/ w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

\*\*\*\*/ niepotrzebne skreślić

.....  
Data, czytelny podpis osoby dokonującej oceny