

Ocena poziomu zapotrzebowania na opiekę wg skali Barthel dla potrzeb pomocy społecznej w celu stwierdzenia zasadności umieszczenia w domu pomocy społecznej

Świadczeniobiorca

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lp.	Nazwa czynności*	Wartość punktowa**
1.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	
	nie porusza się lub < 50 m	0
	niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m	5
	spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m, niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m,	15
2.	Wchodzenie i schodzenie po schodach	
	nie jest w stanie,	0
	potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie, samodzielny.	10
3.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)	
	nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu,	0
	większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby),	5
	mniejsza pomoc słowna lub fizyczna	10
	samodzielny.	15
4.	Spożywanie posiłków	
	nie jest w stanie samodzielnie jeść,	0
	potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, lub wymaga zmodyfikowanej diety,	5
	samodzielny, niezależny.	10
5.	Ubieranie i rozbieranie się	
	zależny,	0
	potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy,	5
	niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	10
6.	Mycie, kąpiel całego ciała	
	zależny,	0
	niezależny lub pod prysznicem.	5
7.	Utrzymanie higieny osobistej	
	potrzebuje pomocy przy czynnościach higienicznych osobistych,	0
	niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, (z zapewnionymi pomocami)	5
8.	Korzystanie z toalety (WC)	
	zależny,	0
	potrzebuje pomocy, ale może zostać sam,	5
	niezależny zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się.	10
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu	
	nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy,	0
	czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe),	5
	panuje, utrzymuje stolec.	10
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego	
	nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny,	0
	czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe),	5
	panuje, utrzymuje mocz.	10
*- wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta, ** - wybrać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości i zaznaczyć *** - w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów		Wynik oceny***

.....
 data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis