**Karta oceny stopnia sprawności psycho-fizycznej Kandydata ubiegającego się o pobyt w Domu Seniora wg. skali Barthel**

Wypełnia najbliższa rodzina/opiekun.

(Opracowane na podstawie załącznika nr 7 do zarządzenia nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Aktywność** | **Punktacja** |
| 1 | **Spożywanie posiłków:**1. **-** nie jest w stanie samodzielnie jeść

**5 -** potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp.**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) jednej lub dwóch osób, może siedzieć**10 –** mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)**15 -** samodzielny |  |
| 3 | **Utrzymanie higieny osobistej:****0 –** potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych**5** – niezależny przy myciu twarzy, goleniu się, czesaniu, myciu zębów(z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | **Korzystanie z toalety:****0 –** zależny**5** – częściowo potrzebuje pomocy**10** – niezależny w dotarciu do toalety oraz zakładaniu i zdejmowaniu ubrania |  |
| 5 | **Mycie, kąpiel całego ciała:****0 –** zależny**5** - niezależny |  |
| 6 | **Poruszanie się (po powierzchniach płaskich):****0 –** nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku**5** **-** niezależny na wózku lub porusza się na odległość ˂50mprzy użyciu sprzętu wspomagającego**10 –** spacery z pomocą jednej osoby na odległość ˃50m**15 –** niezależny, także przy użyciu sprzętu wspomagającegona odległość ˃50m |  |
| 7 | **Wchodzenie i schodzenie po schodach****0 –** nie jest w stanie samodzielnie wykonać czynności**5 –** potrzebuje pomocy (fizycznej, asekuracji, słownej)**10 –** samodzielny |  |
| 8 | **Ubieranie się i rozbieranie****0 –** całkowicie zależny**5 –** potrzebuje pomocy, część czynności wykonuje samodzielnie**10 –** samodzielny |  |
| 9 | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu****0 –** nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje koniecznośćlewatywy**5 –** sporadycznie bezwiednie oddaje stolec**10 –** kontroluje oddawanie stolca |  |
| 10 | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego****0 –** nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany**5 –** sporadycznie bezwiednie oddaje mocz**10 –** kontroluje oddawanie moczu |  |
| **Suma Punktów** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis

**Interpretacja wyników:**

**86 – 100 pkt.** – stan pacjenta „lekki”

**21 – 85 pkt.** – stan pacjenta „średnio ciężki”

 **0 – 20 pkt. –** stan pacjenta „bardzo ciężki”