

## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

| L/p | NAZWA CZYNNOŚCI *   | WARTOŚĆ PUNKTOWA **/ |
|-----|---|----------------------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków</b><br>0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać,<br>5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym<br>10= samodzielny, niezależny   |                      |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b><br>0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu<br>5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć<br>10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)<br>15=samodzielny |                      |
| 3.  | <b>Utrzymanie higieny osobistej</b><br>0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych<br>5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych<br>10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami   |                      |
| 4.  | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br>0= nie korzysta w ogóle z toalety<br>5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety<br>10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby   |                      |
| 5.  | <b>Mycie i kąpiel całego ciała</b><br>0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika<br>5= wymaga pomocy<br>10=samodzielny   |                      |
| 6.  | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b><br>0= w ogóle nie porusza się<br>5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby<br>10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego       |                      |
| 7.  | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b><br>0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby<br>5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia<br>10= samodzielny   |                      |
| 8.  | <b>Ubieranie się i rozbieranie</b><br>0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby<br>5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby<br>10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)  |                      |
| 9.  | <b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b><br>0= nie panuje nad oddawaniem stolca<br>5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec<br>10= kontroluje oddawanie stolca  |                      |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 10.  | <b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b><br>0= nie panuje nad oddawaniem moczu<br>5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz<br>10= kontroluje oddawanie moczu |  |
| <b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b> |   |  |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielných 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