Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn.**„Dobra Jesień Życia- usługi opiekuńcze dla Seniorów z terenu Konina”**

WZÓR

KARTA OCENY STANU OSOBY WEDŁUG SKALI BARTHEL

1. Ocena osoby wg skali Barthel[1]

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność[2]	Wynik[3]
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	

[1] Mahoney FI, Barthel D. ”Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.” Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

[2] W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan osoby.

[3] Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

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**-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[4]	

.....
.....
.....
data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do przeprowadzenia badania

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga**[5] wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

.....
.....
.....
data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do przeprowadzenia badania

[4] Wpisać uzyskaną sumę punktów
[5] Wykreślić niepotrzebne