

.....
Pieczętka świadczeniobiorcy
Nr umowy z NFZ

Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel .

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

| L/p | Nazwa czynności */ | Wartość punktowa **/ |
|--------------------------------|--|----------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków 0 = 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 siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), 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, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami). | |
| 4. | Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby). | |
| 5. | Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny. | |
| 6. | Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50. | |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny. | |
| 8. | Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.) | |
| 9. | Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca. | |
| 10. | Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu. | |
| Wynik kwalifikacji ***/ | | |

*/ w punktach od 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

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza lub pielęgniarki