Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom opieki Medycznej w Nowym Dworze Mazowieckim”

**Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Imię i Nazwisko Świadczeniobiorcy

………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..Adres zamieszkania

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

**Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność\*\*** | **Wynik\*\*\*** |
| 1. | **Spożywanie posiłków:**1. 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:**1. 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< 50m**5**-niezależny na wózku; wliczając zakręty> 50m**10**-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby> 50m**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 |  |
| 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\*\*\*\*** |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do Dziennego Domu Opieki Medycznej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………..………….… ……………………………………………………….

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

\*- MahoneyFl, Barthel D. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965, 14:56-61. Wykorzystaneza zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

\*\*- W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan Świadczeniobiorcy.

\*\*\*- Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

\*\*\*\*- Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp.1-10.