Placówka finansowana ze środków Funduszu Solidarnościowego

KARTA OCENY SPRAWNOŚCI WG. ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM – KĘTRZYŃSKI DOM WSPARCIA

1. OCENA FUNKCJOLNALNA I POTRZEB WSPARCIA W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM- KĘTRZYŃSKI DOM WSPARCIA WEDŁUG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL

IMIĘ I NAZWISKO _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

PESEL _____

Lp.	Czynności	Punktacja
1.	**Spożywanie posiłków:** **0**-nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać **5**-potrzebuje pomoc w krojeniu, karmieniu doustnym, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety **10**-osoba samodzielna, niezależna	
2.	**Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:** **0**-nie jest w stanie przemieszczać się. Nie zachowuje równowagi przy siadaniu lub siedzeniu **5**-większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby **10**-mniejsza pomoc(słowna lub fizyczna) **15**-osoba samodzielna	

3.	**Utrzymywanie higieny osobistej:** **0**-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności higienicznych **10**-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	**Korzystanie z toalety /WC/** **0**-zależny **5**-potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety **10**-niezależny,samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu, zakładaniu części garderoby	
5.	**Mycie, kąpiel całego ciała:** **0**-zależny **5-** wymaga częściowej pomocy **10**-niezależny /samodzielny	
6.	**Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** **0**-w ogóle nie porusza się **5**-porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby **10**-samodzielny/niezależny, w poruszaniu się na odległość	
7.	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** **0**-nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby **5**-potrzebuje pomocy fizycznej, asekuracji, przenoszenia **10**-samodzielny	

8.	**Ubieranie się i rozbieranie:** **0**-zależny, potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby **5**-potrzebuje częściowej pomocy innej osoby **10**-niezleżny, samodzielny (także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	
9.	**Kontrolowanie stolce /zwieracza odbytu:** **0**-nie panuje nad oddawaniem stolca **5**-sporadycznie bezwiednie popuszcza (zdarzenia przypadkowe) **10**-panuje i kontroluje oddawanie stolca	
10.	**Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:** **0**-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie jest niesamodzielny **5**-czasami bezwiednie oddaje mocz (zdarzenia przypadkowe) **10**-kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny)		

Kętrzyn, …… ……..……

(data) podpis

lekarza rodzinnego/ pielęgniarka środowiskowo- rodzinna /poz.