**OCENA PACJENTA WG SKALI BARTHEL**

Imię i nazwisko pacjenta .................................................................................................................................................

Adres zamieszkania .................................................................................................................................................

PESEL ...................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA CZYNNOŚCI \*** | **WYNIK \*\*** |
| 1. | **Spożywanie posiłków;**  0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać,  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 |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie:**  0-zależny  5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez  pomocy  10-niezależny 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) |  |
| **Łączna liczba punktów (wynik oceny) \*\*\*** | |  |

Skala:

1. 86-100 pkt. Stan pacjenta „lekki”
2. 21-85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”
3. 0-20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

\* 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

…………..……………… ….….………………………………

data i miejscowość podpis i pieczątka lekarza/ pielęgniarki

środowiskowej