…………………………….., dnia…………………..

 (miejscowość)

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

 **dla potrzeb wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego,**

*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej* **pielęgnacyjnego i wspomagającego**

 *(Umowa z NFZ na świadczenie Usług medycznych)***w Gminie Tryńcza**

**Imię i Nazwisko ....................................................................................... PESEL .....................................…**

**Adres zamieszkania ........................................................................................................................................**

**OCENA STANU PACJENTA WG SKALI BARTHEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa czynności** | **Wartość punktowa** |
| **1** | **Spożywanie posiłków**0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, nalewaniu10 – osoba jest samodzielna |  |
| **2** | **Przemieszczanie się, np. z łóżka na krzesło, siadanie**0 – nie jest w stanie przemieszczać się, nie utrzymuje równowagi przy siedzeniu5 – potrzebuje większej pomocy fizycznej, potrzebna jest jedna lub dwie osoby10 – potrzebna jest mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 – osoba jest samodzielna |  |
| **3** | **Utrzymywanie higieny osobistej**0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 – niezależny przy czesaniu się, myciu twarzy, zębów (z zapewnionymi pomocami). |  |
| **4** | **Korzystanie z toalety (WC)**0 – zależny5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić samodzielnie10 – niezależny |  |
| **5** | **Mycie, kąpiel całego ciała**0 – zależny5 – niezależny (lub pod prysznicem) |  |
| **6** | **Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)**0 – nie porusza się lub < 50 m5 – niezależny na wózku (wliczając zakręty) > 50 m10 – spacery z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby > 50 m15 – niezależny (ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski) > 50 m |  |
| **7** | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**0 – nie jest w stanie5 – potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia)10 – samodzielny |  |
| **8** | **Ubieranie się i rozbieranie**0 – zależny5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę bez pomocy10 – niezależny (przy zapinaniu guzików, zamka, wiązaniu sznurowadeł itp.) |  |
| **9** | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu**0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatyw)5 – sporadycznie bezwiednie oddaje stolec10 – kontroluje oddawanie stolca |  |
| **10** | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:**0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny5 – czasami popuszcza mocz (zdarzenia przypadkowe)10 – kontroluje oddawanie moczu |  |

Po dokonaniu oceny stanu pacjenta wg skali Barthel stwierdzam, że pacjent jest osobą (zaznaczyć właściwe):

** samodzielną**

** potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,** tzn. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

** wymagającą wsparcia w życiu codziennym, która po przebytym zakażeniu COVID-19,** wymaga rehabilitacji, umożliwiającej skuteczniejszą rehabilitację domową przy pomocy użyczanego sprzętu oraz powrót do sprawności i życia społecznego i/lub zawodowej.

U pacjenta istnieje konieczność stosowania nw. sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego, lub wspomagającego: ………………………………………………………………………………………………

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

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

 ……………………………………….

*(pieczęć i podpis lekarza*

*wydającego zaświadczenie)*