



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw**” **FELU.08.06-IZ.00-0014/25** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

KARTA OCENY STANU OSOBY WG SKALI BARTHEL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL,
numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Ocena osoby wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
1	Spożywanie posiłków: 0 – 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	

¹ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych

² W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

³ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości



3	Utrzymanie 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 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
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	
Wynik kwalifikacji⁴		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga⁵** wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza/

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

albo pielęgniarki opieki domowej długoterminowej

⁴ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

⁵ Niepotrzebne skreślić