

Załącznik nr 2 do formularza rekrutacyjnego

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W RAMACH PROJEKTU PN. „TUTMED ZDROWIE SANOK”

Projekt realizowany przez Ośrodek Rehabilitacji Ruchowej TUTMED Anna Tutak-Walas w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych RPO WP na lata 2014-2020

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy	
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy	
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy	

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL¹

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	
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	

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.

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 - spacerzy 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 skierowania do dziennego domu opieki medycznej.

.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego

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

⁵ Niepotrzebne skreślić.