

# ZMODYFIKOWANA KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZOL

## Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

LP	Nazwa czynności *	Wartość punktowa **
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem lub wymaga diety zmodyfikowanej 10 = samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)</b> 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny 5 = niezależny	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50 m 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50 m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje częściowej pomocy 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracz odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
<b>Wynik kwalifikacji ***</b>		

\* / należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta

\*\* / należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* / należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki