**Ocena pacjenta wg skali Barthel**

**…………………………………………………………………………………………………..Imię i nazwisko pacjenta**

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

**…………………………………………………………………………………………………...
Numer PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność\*** | **Wynik\*\*** |
| **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 (jednej lub dwie osoby)**10** – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna**15** – samodzielna |  |
| **3** | **Utrzymanie higieny osobistej;****0** – potrzebuje pomocy**5** – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| **4** | **Korzystanie z toalety (WC);****0** – zależny**5** – Potrzebuje pomocy, ale może zrobić coś sam**10** – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie |  |
| **5** | **Mycie całego ciała;****0** – zależny**5** – niezależny pod prysznicem |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **6** | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich;****0** – nie porusza się**5** – niezależny na wózku; wyliczając zakręty >50m**10** – spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m**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 bez pomocy**10** – niezależny (zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.) |  |
| **9** | **Kontrolowanie stolce / zwieracze 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 poprzez to niesamodzielny**5** – czasami popuszcza(zdarzenia przypadkowe)**10** – panuje (utrzymuje mocz) |  |
|  | **Wynik kwalifikacji\*\*\*** |  |

Skala:
I. 86-100 pkt. – stan pacjenta „lekki”
II. 21-85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”
III. 0 -20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”
\*w punktach od 01-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić
\*\*wypisać wartość punktową przypisana wybranej możliwości
\*\*\*w ramce wypisać uzyskaną sumę punktów

 **………………………. ……………………………………………………
data i miejscowość podpis i pieczątka pielęgniarki środowiskowej**