**Ocena pacjenta wg skali Barthel**

………………………………………….

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**…………………………………………………………………………………………………..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**