

**KARTA OCENY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ  
W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM W STARACHOWICACH**

1. OCENA KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM W STARACHOWICACH, UL. KOCHANOWSKIEGO 5A WG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL

IMIĘ I NAZWISKO .....

ADRES ZAMIESZKANIA : STARACHOWICE .....

PESEL .....

| LP. | CZYNNOŚCI*                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Wynik** |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków:</b><br>0-nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać<br>5-potrzebuje pomoc w krojeniu, karmieniu doustnym, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10-osoba samodzielna, niezależna                                                                          |         |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br>0-nie jest w stanie przemieszczać się. Nie zachowuje równowagi przy siadaniu lub siedzeniu<br>5-większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby<br>10-mniejsza pomoc( słowna lub fizyczna)<br>15-osoba samodzielna                      |         |
| 3.  | <b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b><br>0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności higienicznych<br>5- potrzebuje pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych<br>10-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |         |
| 4.  | <b>Korzystanie z toalety /WC/</b><br>0-zależny<br>5-potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety<br>10-niezależny,samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu, zakładaniu części garderoby                                                                                  |         |
| 5.  | <b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b><br>0-zależny<br>5- wymaga częściowej pomocy<br>10-niezależny /samodzielny                                                                                                                                                                                                  |         |
| 6.  | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b><br>0-w ogóle nie porusza się<br>5-porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby<br>10-samodzielny/niezależny, w poruszaniu się na odległość                                                          |         |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 7.  | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b><br>0-nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby<br>5-potrzebuje pomocy fizycznej., asekuracji, przenoszenia<br>10-samodzielny                                    |  |
| 8.  | <b>Ubieranie się i rozbieranie:</b><br>0-zależny, potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby<br>5-potrzebuje częściowej pomocy innej osoby<br>10-niezależny , samodzielny (także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)                 |  |
| 9.  | <b>Kontrolowanie stolce /zwieracza odbytu:</b><br>0-nie panuje nad oddawaniem stolca<br>5-sporadycznie bezwiednie popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10-panuje i kontroluje oddawanie stolca                                                 |  |
| 10. | <b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b><br>0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie jest niesamodzielny<br>5-czasami bezwiednie oddaje mocz (zdarzenia przypadkowe)<br>10-kontroluje oddawanie moczu |  |
|     | <b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>                                                                                                                                                                                                 |  |

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 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta  
podkreślić

\*\* / wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów,

.....  
(podpis pielęgniarki)