



KARTA OCENY STANU ZDROWIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane uczestnika projektu:

- Imię i nazwisko:
- Płeć: K / M
- Data urodzenia:

Dane lekarza prowadzącego konsultację:

- Imię i nazwisko:
- Specjalizacja:

Data konsultacji:

Czas trwania konsultacji: min

1. Podstawowe informacje medyczne

- Aktualne wyniki badań udostępnione przez pacjenta:
.....
.....
.....
.....
.....
- Karta oceny skali Barthel: pkt

2. Wyniki oceny stanu zdrowia

Ocena stanu uczestnika obejmowała:

- Układ krążenia:
.....
.....
.....
.....
- Układ oddechowy:
.....
.....
.....
.....



- Zmiany w obrębie narządu ruchu:

.....

.....

.....

.....

- Możliwości komunikowania się z otoczeniem:

.....

.....

- Stan psychiczny uczestnika:

.....

.....

.....

Wnioski lekarza:

Wyżej wymieniona osoba:

- wymaga objęcia wsparciem w ramach indywidualnego planu opieki w ramach projektu
- nie wymaga objęcia wsparciem w ramach indywidualnego planu opieki w ramach projektu

3. Dodatkowe zalecenia

- Współpraca z lekarzem POZ: tak nie
- Konieczność konsultacji specjalistycznej: tak nie, jeśli tak, to jaki specjalista:
.....
.....
- Ocena ograniczonej mobilności (kwalifikacja do dowozu): tak nie

.....

Data

.....

Podpis lekarza prowadzącego konsultację

**OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL ¹⁾**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynności ²⁾	Wynik ⁴⁾
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	Utrzymanie 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	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje za 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 wykonać 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 kwalifikacji ⁴⁾

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

¹⁾ Mahoney FI, Barthel D. „Badania 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.

⁴⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów 1-10.