

OCENA FUNKCJONOWANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ WG SKALI BARTHEL

SYTUACJA RODZINNA

Imię i Nazwisko.....

Stan cywilny.....

Liczba dzieci i ich wiek.....

Wydolność opiekuńcza-usługowa rodziny, osób bliskich

.....
.....
.....

SYTUACJA MIESZKANIOWA

Dom/mieszkanie, piętro.....

Ilość pokoi.....

ilość osób wspólnie zamieszkujących.....

Ciepła woda....., centralne ogrzewanie....., łazienka.....,
toaleta.....

Bariery i utrudniające samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i
mieszkania.....

.....
.....
.....

Udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego, mieszkania (co jest,
ewentualne potrzeby)

.....
.....
.....

Dostosowanie do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu osoby orzekanej

.....
.....
.....

Liczba osób wspólnie zamieszkujących

.....
.....
.....

L/P	NAZWA CZYNNOŚCI */	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, 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) 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 lub <50m 5= niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10= spaceruje 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 czynności bez pomocy 10= samodzielny	
9	Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje mocz	
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***/	

.....
.....
.....
data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki

*/ w pkt. 1-10 należy wybrać jedną z możliwości opisującą stan pacjenta
**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów