



Załącznik nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

zlokalizowanego pod adresem ul. Akacyjna 2, 05-119 Michałów – Reginów

Tytuł Projektu: <i>Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew</i>
Nr Projektu: <i>RPMA.09.02.02-14-d513/19</i>
Oś priorytetowa IX Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem
Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy	
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy	
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy	

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
1.	Spożywanie posiłków: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.	Utrzymywanie higieny osobistej: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych ➤ 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) 	

¹ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie 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.	<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - zależny ➤ 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam ➤ 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się 	
5.	<p>Mycie, kąpiel całego ciała:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - zależny ➤ 5 - niezależny lub pod prysznicem 	
6.	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - nie porusza się lub < 50m ➤ 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m ➤ 10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m ➤ 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m 	
7.	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 – nie jest w stanie ➤ 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie ➤ 10 – samodzielny 	
8.	<p>Ubieranie się i rozbieranie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - zależny ➤ 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy ➤ 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. 	
9.	<p>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw ➤ 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) ➤ 10 - panuje, utrzymuje stolec 	
10.	<p>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny ➤ 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) ➤ 10 - panuje, utrzymuje mocz 	
Wynik kwalifikacji⁴		

WYNIK OCENY STANU ZDROWIA

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga⁵** skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....
*data, pieczęć, podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego*

.....
*data, pieczęć, podpis pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego*

⁴ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

⁵ Niepotrzebne skreślić