

KARTA OCENY STANU PACJENTA wg. SKALI BARTHEL

(Wypełnia pielęgniarka)

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

| 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 siadaniu 5= większa pomoc / fizyczna (jedna lub dwie osoby), może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15= samodzielny | |
| 3. | UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ 0= potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnioną pomocą) | |
| 4. | KORZYSTANIE Z TOALETY (WC) 0= zależny 5= częściowo potrzebuje pomocy 10= niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej) | |
| 5. | MYCIE, KĄPIEL CAŁEGO CIAŁA 0= zależny 5= niezależny / lub pod prysznicem | |
| 6. | PORUSZANIE SIĘ (PO POWIERZCHNIACH PŁASKICH) 0= nie porusza się lub może pokonać odległość < 50m 5= niezależny poruszający się na wózku 10= spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość > 50 m 15= niezależny (ale może potrzebować laski), na odległość > 50 m | |
| 7. | WCHODZENIE I SCHODZENIE PO SCHODACH 0= nie jest samodzielny 5= potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10= samodzielny | |
| 8. | UBIERANIE I ROZBIERANIE SIĘ 0= zależny 5= potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10= niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.) | |
| 9. | KONTROLOWANIE STOLCA / ZWIERACZA ODBYTU 0= nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5= przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca 10= kontroluje oddawanie stolca | |
| 10. | KONTROLOWANIE MOCZU / ZWIERACZA PĘCZERZA MOCZOWEGO 0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny 5= przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu 10= kontroluje oddawanie moczu | |
| ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW (WYNIK OCENY) | | |

SKALA:

I. 86-100pkt.- stan pacjenta „ lekki ”

II. 21- 85 pkt. – stan pacjenta „ średnio- ciężki ”

III. 0- 20 pkt. - stan pacjenta „ bardzo- ciężki ”

.....

Data, podpis osoby dokonującej oceny