

## Karta oceny – skala Barthel

**Imię i nazwisko** świadczeniobiorcy

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

**Adres zamieszkania**

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

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

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

## Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2</sup>

Czynność<sup>3</sup>

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

**Wynik<sup>4</sup>**

\_\_\_\_\_

2. Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem:

**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

**Wynik**

\_\_\_\_\_

3. Utrzymanie higieny osobistej:

**0** – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych

**5** – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów

(z zapewnionymi pomocami)

**Wynik**

\_\_\_\_\_

4. Korzystanie z toalety (WC):

**0** – zależny

**5** – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam

**10** – niezależny, zdejmowanie, zakładanie ubrania się, podcieranie się

**Wynik**

\_\_\_\_\_

5. Mycie, kąpiel całego ciała:

**0** – zależny

**5** – niezależny lub pod prysznicem

**Wynik**

\_\_\_\_\_

6. Poruszanie się po powierzchniach płaskich:

**0** – nie porusza się lub < 50 m

**5** – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m

**10** – spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m

**15** – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m

**Wynik**

\_\_\_\_\_

7. Wchodzenie i schodzenie po schodach:

**0** – nie jest w stanie

**5** – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie

**10** – samodzielny

**Wynik**

\_\_\_\_\_

8. Ubieranie się i rozbieranie:

**0** – zależny

**5** – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy

**10** – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.

**Wynik**

\_\_\_\_\_

9. Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:

**0** – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy

**5** – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

**10** – panuje, utrzymuje stolec

**Wynik**

\_\_\_\_\_

10. Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:

**0** – nie panuje nad oddawaniem moczu, cewnikowany i przez to niesamodzielny

**5** – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

**10** – panuje, utrzymuje mocz

**Wynik**

\_\_\_\_\_

**Wynik kwalifikacji<sup>5</sup>**

\_\_\_\_\_

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga\* pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

.....

.....

Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego podpis

.....

.....

.....

Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej oraz jej podpis

.....

.....

.....

\* Niepotrzebne skreślić

**Przypisy:**

1. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”, Maryland State Medical Journal 1965; 14:56–61.
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 z lp. 1–10.
5. Dotyczy oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.