



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło”

ul. Grunwaldzka 64, 87 – 100 Toruń
Tel/fax +48 56 6842471, email: zol@swiatlo.org, www.apaliczni.org

NIP: 956-213-95-58, REGON: 871693371-00028, KONTO: 14 1240 4009 1111 0010 0489 3016

SYMBOL
DOKUMENTU

Z-MED-52-V03

Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

1.

L/p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa**/
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 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 (w jedną, dwie osoby, fizyczna), 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 zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny przy w dotarciu do WC oraz zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby.	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku, 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = zależny, nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 = samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje częściowej pomocy, 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydania, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
Wynik kwalifikacji ***/		

DATA, PODPIS

2. Pacjent wymaga¹:

- kroplowe wlewy dożylnie wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne pobudzi)
- karmienie przez zgłębnik
- karmienie przez przetokę
- pielęgnacja przetoki
- założenie i usunięcie cewnika (stałe zlecenie lekarskie)
- płukanie pęcherza moczowego
- pielęgnacja rurki trachoeostomijnej

3. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹ pielęgniarstwa długoterminowego.

.....
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki opieki długoterminowej

¹Właściwe zakresi