Data**……..……**

.....
pieczątka świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

Ocena pacjenta wg skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI */	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	**Spożywanie posiłków** 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	**Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie** 0= nie jest w stanie przemieszczać się. Nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= samodzielny	
3.	**Utrzymanie higieny osobistej** 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	**Korzystanie z toalety (WC)** 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	**Mycie i kąpiel całego ciała** 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	**Poruszanie się po powierzchniach płaskich** 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	**Wchodzenie i schodzenie po schodach** 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji 10= samodzielny	
8.	**Ubieranie się i rozbieranie** 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł	
9.	**Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu** 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	**Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego** 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
WYNIKI KWALIFIKACJI ***/		

……..……..
……..……
……..……
Data, pieczęć i podpis pielęgniarki

Skala:
I. 86-100 pkt. – stan pacjenta ‘’lekki’’
II. 21- 85 pkt. – stan pacjenta ‘’średnio ciężki’’
III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta ‘’bardzo ciężki’’
* w punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić
** / wpisać wartość punktową przypisana wybranej możliwości
***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów