



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „Usługi zdrowotne dla mieszkańców gminy Lewin Brzeski”, realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa; Numer umowy FEOP.07.01-IZ.00-0038/24

## Ocena funkcjonowania wg skali Barthel.

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość .....

Ocena osoby wg skali Barthel

| L.p. | Nazwa czynności *                                                                                                                                                                                                                                                          | Wartość punktowa ** |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1    | <b>Spożywanie posiłków</b><br>0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 = samodzielny, niezależny                                                                         |                     |
| 2    | <b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)</b><br>0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu<br>5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć<br>10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)<br>15 = samodzielny |                     |
| 3    | <b>Utrzymanie higieny osobistej</b><br>0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych<br>5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)                                                                       |                     |



|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 4                                              | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br>0 = zależny<br>5 = częściowo potrzebuje pomocy<br>10 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)                                                                                                                   |  |
| 5                                              | <b>Mycie, kąpiel całego ciała</b><br>0 = zależny<br>5 = niezależny                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 6                                              | <b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b><br>0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m<br>5 = niezależny poruszający się na wózku<br>10 = spacer z pomocą jednej osoby, na odległość > 50m<br>15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległości > 50m |  |
| 7                                              | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b><br>0 = nie jest samodzielny<br>5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia)<br>10 = samodzielny                                                                                                                                                   |  |
| 8                                              | <b>Ubieranie i rozbieranie się.</b><br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy<br>10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)                                                                                                     |  |
| 9                                              | <b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b><br>0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy)<br>5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca,<br>10 = kontroluje oddawanie stolca.                                                                  |  |
| 10                                             | <b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b><br>0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny)<br>5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu,<br>10 = kontroluje oddawanie moczu.                                           |  |
| <b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |



Fundusze Europejskie  
dla Opolskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



OPOLSKIE

Zgodnie z wynikiem oceny, wyżej wymieniona osoba kwalifikuje się / nie kwalifikuje się\*\*\*\*, do objęcia pielęgniarstwa opieką długoterminową.

Objaśnienia:

\*/ w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

\*\*\*\*/ niepotrzebne skreślić

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

.....  
data, imię, nazwisko i numer prawa  
wykonywania zawodu pielęgniarstwa  
ubezpieczenia zdrowotnego albo  
pielęgniarstwa opieki długoterminowej  
domowej oraz jej podpis