

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