



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Załącznik nr 1 do Formularza Rekrutacyjnego

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Projekt „poMOCNA dłoń”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr RPPK.08.03.00-18-0018/21 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

OSŃ PRIORYTETOWA VIII INTEGRACJA SPOŁECZNA

DZIAŁANIE 8.3. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPU DO USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

| Lp. | CZYNNOŚCI* | WYNIK** |
|-------------------------------|---|---------|
| 1. | Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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 siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny | |
| 3. | Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) | |
| 4. | Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się | |
| 5. | Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem | |
| 6. | Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m | |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny | |
| 8. | Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. | |
| 9. | Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec | |
| 10. | Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz | |
| Wynik kwalifikacji:*** | | |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osoby, która ze względu wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego:

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

Zaświadczam, że u Pacjenta istnieje konieczność stosowania nw. sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego tj.:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenie)

- * w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić
- ** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- *** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów