



22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo - Rehabilitacyjny SP ZOZ

ul. Wojska Polskiego 5, 87-720 Ciechocinek

tel.(54) 2837200 fax (54) 2834377

Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel.

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

LP.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków: 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itd. 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.	Utrzymywanie 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 (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby)	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku 5 = niezależny na wózku 10 = spaceruje za pomocą jednej osoby >50m 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji		

.....
Data i podpis