

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

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb **WYPOŻYCZALNI** **SPRZĘTU PIELĘGNACYJNEGO, WSPOMAGAJĄCEGO I REHABILITACYJNEGO W PNIU**

Imię i nazwisko pacjenta ............................................................................................

Data urodzenia…………………………......................................................................

PESEL ……………………………...……………………………………………

Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

Stwierdzam, że pacjent wymaga korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, wspomagającego i rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

(Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zaświadczenie wydane zgodnie ze skala Bathel:……………pkt.

na okres…………………………………………………………………………

(Wskazanie czasu używania sprzętu)

……………………………… ……………………………………………

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Projekt „Wsparcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów w dostępie do specjalistycznego sprzętu i szkoleń” współfinansowany ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021-2030



**KARTA OCENY STANU PACJENTA**

**WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL**

Imię i nazwisko pacjenta: ……………………………………………………………………..

Adres zamieszkania :…………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L/p | NAZWA CZYNNOŚCI \* | WARTOŚĆ PUNKTOWA \*\*/ |
| 1. | **Spożywanie posiłków**0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 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= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)15=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 lub częściowo 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, przenoszenia10= samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie**0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby10= 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  |  |
| **Łączna liczba punktów (wynik oceny) \*\*\*** |  |

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………..….

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

………………………………………….

data, pieczęć, podpis lekarza specjalisty

\* 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