

OCENA STANU WG SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

- w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:
.....

Ocena pacjenta wg skali Barthel

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 oraz siedzeniu 5–większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/ 10–mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/ 15–samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0–potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5–niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów/z zapewnionymi pomocami/	
4	Korzystanie z toalety /WC/: 0–zależny 5–potrzebuje trochę 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 powierzchni 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–potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej, przenoszenie/ 10–samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0–zależny 5–potrzebuje pomocy,ale może wykonywać połowę bez pomocy 10–niezależny/w zapinaniu guzików, zamka,sznurowadeł itp./	
9	Kontrolowanie stolce /zwieracza odbytu:	

