

*Załącznik nr 4a do Regulaminu Naboru i Uczestnictwa w Projekcie:*

***„Rozwój usług społecznych w Gminie Ślemień
 poprzez działalność Klubu Seniora”***

**Imię i nazwisko:**……………………………………………………..

**PESEL:** ……………………………………………………..

**Kwestionariusz oceny funkcjonowania według skali Barthel na potrzeby potwierdzenia wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

**uczestnika/uczestniczki projektu pn. „Rozwój usług społecznych w Gminie Ślemień poprzez działalność Klubu Seniora”**

| **Lp.** | **Czynność**[[1]](#footnote-2) | **Wynik**[[2]](#footnote-3) |
| --- | --- | --- |
| 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 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 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**-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie**10**-samodzielny |  |
|  8. | **Ubieranie się i rozbieranie: 0**-zależny**5**-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy**10**-niezleżny 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**[[3]](#footnote-4) |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga[[4]](#footnote-5)** wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. **opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.**

…………………………………………………..

data, podpis i pieczątka lekarza lub pielęgniarki

1. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan osoby. [↑](#footnote-ref-2)
2. Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#footnote-ref-3)
3. Wpisać uzyskaną sumę punktów [↑](#footnote-ref-4)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)