

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

### SKALA BARTHEL

Lp.	Aktywność	Punktacja
1	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5- potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 – samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie)</b> 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5- większa pomoc (fizyczna) jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny	
3	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5- niezależny przy myciu twarzy, goleniu się, czesaniu, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety</b> 0 - zależny 5- częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny z dotarciem do toalety oraz zakładaniu i zdejmowaniu ubrania	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 - zależny 5- niezależny	
6	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 – nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku 5- niezależny na wózku lub porusza się na odległość < 50 m 10 – spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość >50 m 15 – niezależny, także przy użyciu sprzętu wspomagającego na odległość > 50 m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 – całkowicie zależny 5- potrzebuje pomocy (fizycznej, asekuracji, słownej) 10 – samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0 – całkowicie zależny 5- potrzebuje pomocy, część czynności wykonuje samodzielnie 10 – samodzielny	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatywy 5- sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 – kontroluje oddawanie stolca	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5- sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 – kontroluje oddawanie moczu	
11	<b>SUMA PUNKTÓW</b>	

**Interpretacja wyników:**

86 – 100 pkt – stan pacjenta „lekki”

21 – 85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”

0 – 20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

**INFORMACJE DODATKOWE**

miejsce zamieszkania (nie wpisywać tutaj adresu)

- a) mieszkanie: jest \* / nie ma \* (\* skreślić niepotrzebne)
- b) dom jednorodzinny: jest \* / nie ma (\*skreślić niepotrzebne)
- c) ilość pokoi ..... (wpisać ile jest pokoi)
- d) kuchnia: jest \* / nie ma \* (\*skreślić niepotrzebne)
- e) łazienka: jest \* / nie ma \* (\*skreślić niepotrzebne)

ewentualne krótkie uwagi .....

.....

.....

.....

sytuacja rodzinna – ilość dzieci żyjących ....., w tym:

- a) na utrzymaniu .....
- b) nie na utrzymaniu, ale wspólnie zamieszkujących .....
- c) mieszkających oddzielnie .....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis pielęgniarki środowiskowej