

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające spełnienie kryteriów usługi wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego w ramach funkcjonującej wypożyczalni przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy"

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

OCENA STANU PACJENTA/PACJENTKI WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL:

Imię i nazwisko oraz adres pacjenta/pacjentki:		PESEL	
L.p.	NAZWA CZYNNOŚCI (należy zdiagnozować jedną z możliwości, najlepiej opisującą stan pacjenta/ki i przypisać wartość punktową)	WARTOŚĆ PUNKTOWA	
1.	Spożywanie posiłków - pacjent/pacjentka: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym, itp. 10 - jest samodzielny/samodzielną, niezależny/niezależna		
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie - pacjent/pacjentka: 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 - potrzebuje mniejszej pomocy - słownej lub fizycznej 15 - jest samodzielny/samodzielną		
3.	Utrzymanie higieny osobistej - pacjent/pacjentka: 0 - potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 5 - jest niezależny/niezależna przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)		
4.	Korzystanie z toalety (WC) - pacjent/pacjentka: 0 - zależny/zależna - nie korzysta samodzielnie z toalety 5 - częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety, ale może coś zrobić sam/sama 10 - jest samodzielny/samodzielną, niezależny/niezależna w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu garderoby, podcieraniu się		
5.	Mycie i kąpiel całego ciała - pacjent/pacjentka: 0 - jest zależny/zależna - wymaga pomocy 5 - jest samodzielny/samodzielną		
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich - pacjent/pacjentka: 0 - w ogóle nie porusza się lub może, ale do 50m 5 - jest niezależny/niezależna - porusza się na wózku (wliczając zakręty), ponad 50m 10 - porusza się na odległość ponad 50m za pomocą sprzętu wspomagającego/z pomocą co najmniej jednej osoby (słowną lub fizyczną) 15 - jest samodzielny/samodzielną, niezależny/niezależna w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego		
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach - pacjent/pacjentka: 0 - nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej asekuracji, przenoszenia 10 - jest samodzielny/samodzielną		
8.	Ubieranie się i rozbieranie - pacjent/pacjentka: 0 - jest zależny/zależna - potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5 - potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 - jest samodzielny/samodzielną, niezależny/niezależna (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)		
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu - pacjent/pacjentka: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - sporadycznie bezwiednie oddaje stolec (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje nad czynnością/kontroluje oddawania/e stolca		
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego - pacjent/pacjentka: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - sporadycznie bezwiednie oddaje mocz (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje nad czynnością/kontroluje oddawania/e moczu		
Łączna liczba punktów (wynik oceny):			

Po dokonaniu oceny pacjenta/pacjentki wg skali „Barthel” stwierdzam, że pacjent/pacjentka jest osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością **samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego** - rodzaj zalecanego sprzętu pielęgnacyjnego i/lub rehabilitacyjnego i/lub wspomagającego związanego z indywidualnymi potrzebami:

L.p.	Nazwa sprzętu	Długość użytkowania (należy wskazać ilość miesięcy, na które potrzebny jest sprzęt lub wskazać „bezterminowo”):	Ważność zaświadczenia (należy podać „do którego dnia jest ważne” lub wskazać „bezterminowo”)
1.			
2.			
3.			

(miejsce i data)

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)