

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

....., dnia
(miejsowość)

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli w ramach projektu „Sprzęt – dobre wsparcie” realizowanego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, współfinansowanego ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel

Miejsce zamieszkania

Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną (osoba niesamodzielną – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego) oraz posiada status osoby niesamodzielnej wg. Skali Barthel:

- osoba całkowicie niesamodzielną,
- osoba potrzebuje pomocy innych,
- osoba niezależna, choć może potrzebować niewielkiej pomocy.

i wymaga korzystania ze sprzętu (pielęgnacyjnego / rehabilitacyjnego / wspomagającego) na okres tygodni lubm-cy.

1.
(Nazwa sprzętu)

2.
(Nazwa sprzętu)

3.
(Nazwa sprzętu)

.....

(Podpis i pieczętka lekarza)

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL

.....
(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Numer PESEL)

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.	Utrzymanie 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 i 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 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50 m	
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 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 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 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
WYNIK KWALIFIKACJI (suma punktów)			