

Załącznik Nr 3 do Regulaminu Wypożyczalni

....., dnia .....  
(miejscowość)

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli w ramach trwałości projektu pn. „Sprzęt – dobre wsparcie”, który był współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna/Działanie nr 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

**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 lub .....m-cy.

1. ....  
(Nazwa sprzętu)

2. ....  
(Nazwa sprzętu)

3. ....  
(Nazwa sprzętu)

.....

(Podpis i pieczęć 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)			