Załącznik nr do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja usług klubu seniora, opieki środowiskowej i usług asystenckich dla osób starszych i niepełnosprawnych z terenu Miasta Katowice i Sosnowiec.**”**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Numer PESEL (gdy brak numer dokumentu tożsamości): |  |
| Data urodzenia: |  |

**Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM**

Data badania [rrrr-mm-dd]: ………………………………………………..

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | Stopień samodzielności | WYNIK |
| Samoobsługa | Spożywanie posiłków |  |
| Dbałość o wygląd zewnętrzny |  |
| Kąpiel |  |
| Ubieranie górnej części ciała |  |
| Ubieranie dolnej części ciała |  |
| Toaleta |  |
| Kontrola zwieraczy | Oddawanie moczu |  |
| Oddawanie stolca |  |
| Mobilność | Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki |  |
| Siadanie na muszli klozetowej |  |
| Wchodzenie pod prysznic lub do wanny |  |
| Lokomocja | Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim |  |
| Schody |  |
| Komunikacja | Zrozumienie |  |
| Wypowiadanie się |  |
| Świadomość społeczna | Kontakty międzyludzkie |  |
| Rozwiązywanie problemów |  |
| Pamięć |  |
| Suma | |  |

Wynik końcowy 18/…………/126

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) - pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

• 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);

• 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);

• 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);

• 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);

• 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50 do 74% czynności);

• 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25 do 50% czynności);

• 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25% czynności).

Pacjent [ ] wymaga [ ] nie wymaga wsparcia w czynnościach życia codziennego (min 1 czynność).

|  |
| --- |
|  |
| data, pieczęć, podpis **pracownika medycznego** |