Załącznik nr 2 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: |  |

**Zaświadczenie lekarskie o potrzebie wsparcia w czynnościach życia codziennego (min 1 czynność)**

**na podstawie SKLALI OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL
(SKALA KATZA)**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Opis** | **PACJENT SAMODZIELNY** |
| **TAK** | **NIE** |
| Kąpanie się/ mycie się | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic |  |  |
| Ubieranie się | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek |  |  |
| Korzystanie z toalety | Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)  |  |  |
| Poruszanie się | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| Kontrolowane wydalanie moczu i stolca | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| Jedzenie | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |

Wynik końcowy…………/6

**oraz SKALI OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL
wypełnia osoba badana lub opiekun**

Proszę wpisać przyznaną punktację przy każdym pytaniu wg następującej skali: 3 punkty – bez pomocy; 2 punkty – z niewielką pomocą; 1 punkt – zupełnie nie.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pytanie** | **Punkty** |
| Czy potrafisz korzystać z telefonu? |  |
| Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru? |  |
| Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze? |  |
| Czy możesz sam przygotować posiłki? |  |
| Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)? |  |
| Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu? |  |
| Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy? |  |
| Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki? |  |
| Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi? |  |
| **RAZEM** |  |

Wynik końcowy…………/24

Pacjent [ ] wymaga [ ] nie wymaga wsparcia w czynnościach życia codziennego (min 1 czynność) oraz opiekun faktyczny pacjenta wymaga wsparcia w zakresie realizacji zadań opiekuńczych.

|  |
| --- |
|  |
| data, pieczęć, podpis **lekarza** ubezpieczenia zdrowotnego |

**Dodatkowa ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel** 1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Czynność 2)  | Wynik 3) |
| 1 | Spożywanie posiłków:0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymagazmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
| 2 | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 - samodzielny |  |
| 3 | Utrzymywanie higieny osobistej:0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | Korzystanie z toalety (WC)0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5 | Mycie, kąpiel całego ciała:0 - zależny5 - niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6 | Poruszanie się po powierzchniach płaskich:0 - nie porusza się lub < 50 m5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7 | Wchodzenie i schodzenie po schodach:0 - nie jest w stanie5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 - samodzielny |  |
| 8 | Ubieranie się i rozbieranie:0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bezpomocy10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp |  |
| 9 | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5 - 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 niesamodzielny5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje moc |  |
|  |  Wynik kwalifikacji 4) |  |

|  |
| --- |
|  |
| data, pieczęć, podpis **pielęgniarki/lekarza** ubezpieczenia zdrowotnego |

1) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

2) W lp. 1 - 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.