

## OCENA PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BATRHEL

1. Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

2. Adres zamieszkania.....

3. PESEL.....

Lp.	Nazwa czynności*/	Wartość punktowa **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu łyżką 10 = samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie</b> 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych 10 = jest samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów – z zapewnionymi pomocami	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = nie korzysta z toalety samodzielnie 5 = częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = kąpiel w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy przy myciu oraz kąpieli 10 = samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0 = nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość >50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji przy wchodzeniu i schodzeniu po schodach 10 = samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
<b>Wynik kwalifikacji ***/</b>		

\*/ należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

\*\*/ należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki