

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

dla potrzeb Caritas Archidiecezji Przemyskiej realizującej projekt pn. „**Sprawni dłużej – edycja III**”
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Ocena pacjenta wg skali Barthel¹

Lp	Czynność ²	Wynik ⁴⁾
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, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	

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 pacjenta.



6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje 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, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 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 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji³		

Stwierdzam, że pacjent jest w trakcie lub po przebytych zakażeniu COVID-19 i wymaga rehabilitacji pocovidowej:

☞ TAK

☞ NIE

Stwierdzam, że pacjent jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁴ i wymaga sprzętu (rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego, wspomagającego)⁵

.....
.
.....

(Nazwa sprzętu)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

³ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

⁴ osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

⁵ Właściwe podkreślić