**Imię i nazwisko osoby zainteresowanej …………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Aktywność | Punktacja |
| 1 | **Spożywanie posiłków**0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść5 – potrzebuje pomocy w krojeniu smarowaniu masłem itp.10 – 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) jednej lub dwóch osób, może siedzieć10 – mniejsza pomoc ( słowna lub fizyczna)15 – samodzielny |  |
| 3 | **Utrzymanie higieny osobistej**0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych5 – niezależny przy myciu twarzy, goleniu się, czesaniu myciu zębów(z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | **Korzystanie z toalety**0 – zależny5 – częściowo potrzebuje pomocy10 – niezależny w dotarciu do toalety przy zakładaniu i zdejmowaniu ubrania |  |
| 5 | **Mycie kąpiel całego ciała**0 – zależny5 – niezależny |  |
| 6 | **Poruszanie się ( po powierzchniach płaskich)**0 – nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku5 – niezależny na wózku lub porusza się na odległość < 50 m przy użyciu sprzętu wspomagającego10 – spacery z pomocą jednej osoby na odległość > 50 m15 – niezależny, także przy użyciu sprzętu wspomagającego na odległość > 50 m |  |
| 7 | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**0 – nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności5 – potrzebuje pomocy (fizycznej, asekuracyjnej, słownej)10 – samodzielny |  |
| 8 | **Ubieranie się i rozbieranie**0 – całkowicie zależny5 – potrzebuje pomocy, część czynności wykonuje samodzielnie10 - samodzielny |  |
| 9 | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu**0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatywy5 – sporadycznie bezwiednie oddaje stolec10 – kontroluje oddawanie stolca |  |
| 10 | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego**0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany5 – sporadycznie bezwiednie oddaje mocz10 – kontroluje oddawanie moczu |  |

**Interpretacja wyników:**

* 1. pkt. - stan pacjenta „lekki”

21-85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki”

0-20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki ……………………………………………..

 data , pieczątka i podpis lekarza lub pielęgniarki środowiskowej