

Załącznik Nr 5 do Ankiety kwalifikacyjnej OPW

Imię i nazwisko osoby badanej:

SKŁA 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) | | |

Wyniki (opis):

- 6 punktów - w pełni zachowane czynności
- 4 punkty - średniego stopnia upośledzenie
- 2 punkty - ciężkie upośledzenie czynnościowe

(podpis i pieczęć lekarza/pielęgniarki)