

## ZAŁĄCZNIK 8A

IMIĘ NAZWISKO.....

	PUNKTACJA		PUNKTACJA
<b>SPOŻYWANIE POŚLĄKÓW</b>		<b>UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE</b>	
nie jest w stanie samodzielnie jeść	10	nie jest w stanie	10
potrzebuje pomocy	5	potrzebuje pomocy	5
samodzielny i niezależny	0	samodzielny	0
<b>PRZEMIESZCZANIE SIĘ Z ŁÓŻKA NA KRZESŁO I Z POWROTEM</b>		<b>KONTROLOWANIE STOLCA/ZWIERACZ ODBYTU</b>	
nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu	10	nie panuje	10
potrzebuje pomocy	5	częściowo kontroluje	5
samodzielny	0	w pełni kontroluje	0
<b>UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ</b>		<b>KONTROLWANIE MOCZU</b>	
nie jest w stanie samodzielnie	10	nie panuje	10
potrzebuje pomocy	5	częściowo kontroluje	5
samodzielny	0	w pełni kontroluje	0
<b>KORZYSTANIE Z TOALETY</b>		<b>KONTAKT Z OTOCZENIEM</b>	
całkowicie zależny	10	pacjent niekontaktowy	10
potrzebuje pomocy	5	kontakt utrudniony	5
samodzielny	0	w pełni kontaktowy i zorientowany	0
<b>MYCIE, KĄPIEL CAŁEGO CIAŁA</b>		<b>LĘKI</b>	
nie jest w stanie	10	silnie lękowy/ stany nerwicowe	10
potrzebuje pomocy	5	lęki o niezbyt silnym natężeniu/ pod kontrolą	5
samodzielny	0	brak	0
<b>PORUSZANIE SIĘ PO POWIERZCHNIACH PŁASKICH</b>		<b>DEMENCJA</b>	
nie porusza się lub do 50m	10	ciężka demencja	10
powyżej 50m z pomocą lub niezależny na wózku	5	łagodna demencja	5
samodzielny	0	brak	0
<b>WCHODZENIE I SCHODZENIE PO SCHODACH</b>		<b>DEPRESJA</b>	
nie jest w stanie	10	ciężka depresja	10
potrzebuje pomocy	5	łagodna depresja, obniżony nastrój	5
samodzielny	0	brak	0

Suma punktów .....

Data sporządzenia .....

.....  
podpis pacjenta lub opiekuna faktycznego.....  
podpis koordynatora projektu

