........................................................

Pieczątka Ośrodka Zdrowia

**DLA POTRZEB POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W BOCHNI**

Imię i nazwisko........................................................

Data urodzenia ........................................................

PESEL ....................................................................

Adres zamieszkania ..................................................

Test AMTS

**AMTS – Skrócony Test Sprawności Umysłowej (Abbreviated Mentel Test Score, Hodkinson 1972)**

Zadaj kolejno poniższe pytania. Badany otrzymuje punkt za każdą prawidłową odpowiedź lub 0 punktów za brak lub złą odpowiedź. Na koniec testu podlicz punkty.

* Ile ma Pan/Pani lat? 1-0
* Która jest godzina? (podać z dokładnością do 1 godziny) 1-0
* Proszę powtórzyć podany adres: ul. Gruszkowa 42 XXXX 1-0
* Który mamy rok? 1-0
* Jaki jest Pana/Pani adres? 1-0
* Kto to jest Jan Paweł II? 1-0
* Kiedy się Pan/Pani urodził/a? (proszę podać pełną datę) 1-0
* W którym roku rozpoczęła się II Wojna Światowa? 1-0
* Jak nazywa się Prezydent? 1-0
* Policz wspak od 20 odejmując 1 1-0
* Proszę przypomnieć adres, który wcześniej podałem/łam 1-0

**RAZEM ...........................**

**Wynik:**

* 0-3 – ciężkie upośledzenia pamięci,
* 4-6 – umiarkowane upośledzenie pamięci,
* 7-8 – łagodne upośledzenie pamięci,
* 9-11 – stan prawidłowy

Bochnia, dnia....................... .............................................

(podpis lekarza/pielęgniarki środowiskowej)

......................................................

Pieczątka ośrodka zdrowia

**Imię i nazwisko: .......................................................................................................**

**PESEL: .....................................................................................................................**

Ocena pacjenta wg skali Barthel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L/p | **Nazwa czynności \*** | **Wartość punktowa \*\*** |
| **1.** | **Spożywanie posiłków**  0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść,  5 = 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 siadaniu,  5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć,  10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna),  15 = samodzielny. |  |
| **3.** | **Utrzymanie higieny osobistej**  0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych,  5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami). |  |
| **4.** | **Korzystanie z toalety (WC)**  0 = zależny,  5 = częściowo potrzebuje pomocy,  10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby). |  |
| **5.** | **Mycie, kąpiel całego ciała**  0 = zależny,  5 = niezależny. |  |
| **6.** | **Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)**  0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku,  5 = niezależny na wózku,  10 = spacery z pomocą jednej osoby >50m,  15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50. |  |
| **7.** | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  0 = nie jest samodzielny,  5 = potrzebuje pomocy ( fizycznej, przenoszenia),  10 = samodzielny. |  |
| **8.** | **Ubieranie i rozbieranie się.**  0 = zależny,  5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy  10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.) |  |
| **9.** | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu**  0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy),  5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca,  10 = kontroluje oddawanie stolca. |  |
| **10.** | **Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego**  0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny,  5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu,  10 = kontroluje oddawanie m |  |
| Wynik kwalifikacji \*\*\* | |  |

Data,…………………..…………………………………………………..

Podpis lekarza/ pielęgniarki środowiskowej

Skala:

I.86-100 pkt. – stan pacjenta ‘’lekki’’

II.21- 85 pkt. – stan pacjenta ‘’średnio ciężki’’

III.0 - 20 pkt. - stan pacjenta ‘’bardzo ciężki’’

\* w punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* / wpisać wartość punktową przypisana wybranej możliwości

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów