



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”

**Skala Katza – skala funkcjonowania codziennego (ADL)**

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

| Czynności                                                                                                                      | Punkty     | Samodzielność                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kąpiel</b><br>(natrysk lub wanna)                                                                                           | <b>1</b>   | Całkowita samodzielność, nie potrzebuje pomocy (nawet jeżeli korzysta z pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny)                                                                                        |
|                                                                                                                                | <b>0,5</b> | Niewielka pomoc, np. przy myciu niektórych części ciała                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                | <b>0</b>   | Znaczna pomoc – potrzebuje pomocy przy kąpieli                                                                                                                                                                 |
| <b>Ubieranie się</b><br>(wkładanie i zdejmowanie bielizny, wyjmowanie ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików)                | <b>1</b>   | Całkowita samodzielność – dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                | <b>0,5</b> | Częściowa pomoc – samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach                                                                                                                 |
|                                                                                                                                | <b>0</b>   | Brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się                                                                                                                               |
| <b>Toaleta</b><br>(samodzielne pójście do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się, porządkowanie odzieży) | <b>1</b>   | Całkowita samodzielność – pacjent sam chodzi do łazienki załatwić potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać laski, balkonika, wózka inwalidzkiego, może w nocy używać basenu i opróżniać go rano) |
|                                                                                                                                | <b>0,5</b> | Potrzebuje pomocy – w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub w korzystaniu z basenu)                                                                                                              |
|                                                                                                                                | <b>0</b>   | Niezdolny do samodzielnego dbania o toaletę i załatwiania potrzeb fizjologicznych                                                                                                                              |
| <b>Kontrolowanie zwieraczy</b><br>(trzymanie moczu i stolca)                                                                   | <b>1</b>   | Całkowite kontrolowanie zwieraczy                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                | <b>0,5</b> | Częściowy brak kontroli – przypadki braku kontroli zdarzają się „od czasu do czasu”                                                                                                                            |
|                                                                                                                                | <b>0</b>   | Całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika                                                                                                                                                      |
| <b>Spożywanie posiłków</b>                                                                                                     | <b>1</b>   | Całkowita samodzielność – je bez pomocy                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                | <b>0,5</b> | Częściowa pomoc, np. w krojeniu mięsa, smarowania masłem chleba                                                                                                                                                |



|                       |               |                                                                                                                               |
|-----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <b>0</b>      | Brak samodzielności – potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy                                                      |
| <b>Poruszanie się</b> | <b>1</b>      | Całkowita samodzielność (kładzenie się i wstawanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub z pomocą laski) |
|                       | <b>0,5</b>    | Kładzenie się lub wstawanie z łóżka bądź krzesła tylko przy pomocy                                                            |
|                       | <b>0</b>      | Stałe przebywanie w łóżku                                                                                                     |
| <b>Wynik końcowy</b>  | ..... punktów |                                                                                                                               |

Należy zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym z kryteriów.

Interpretacja wyniku:

5-6 pkt – osoba sprawna

3-4 pkt – osoba umiarkowanie niesprawna

≤ 2 pkt – osoba bardzo niesprawna, wymagająca opieki przez całą dobę

.....  
(pieczęć i podpis osoby przeprowadzającej badanie)