

Barthel

ADL index (BAI): Hvad gør

Beboer:

Fødselsdato:

NR

| FUNKTION | SCORE | BESKRIVELSE af hvad han/hun gør: |
|--|-------|--|
| Tarm | 0 | Inkontinent for afføring / Brug for laxantia ved hjælp af personale. |
| | 1 | Uheld af og til - max 1 gang om ugen. |
| | 2 | Kontinent: Kan holde på afføringen. |
| Blære | 0 | Inkontinent eller har catheter, som passes af andre. |
| | 1 | Uheld af og til - max 1 gang om dagen. |
| | 2 | Kontinent (mere end 7 dage). |
| Personlig Hygiejne | 0 | Hjælp til: Tandbørstning, barbering, frisere sig, vaske ansigt. |
| | 1 | Kan selv, evt efter opfordring. |
| Toiletbesøg | 0 | Afhængig af hjælp (af- på, tøj ned-op, tørres). |
| | 1 | Kan noget selv, men har brug for lidt hjælp. |
| | 2 | Kan alt selv (af-på, tøj ned-op, tørre sig). |
| Spisning | 0 | Skal hjælpes med alt. |
| | 1 | Hjælp til: Skære i stykker, smørre brød, mv. |
| | 2 | Kan selv spise, når maden sættes frem. |
| Seng-til-stol | 0 | Kan intet - ikke balance til at sidde. |
| | 1 | Kan sidde, men kræver fysisk hjælp af 1 - 2 personer. |
| | 2 | Kan selv, men skal opfordres og forklares (verbal hjælp). |
| | 3 | Kan og gør selv - uafhængig af hjælp. |
| Mobilitet: Komme omkring indendørs | 0 | Immobil. |
| | 1 | Kørestol, klarer sig helt selv. |
| | 2 | Kan gå med hjælp fra 1 person (verbal eller fysisk). |
| | 3 | Kan selv - Uafhængig af hjælp. |
| Påklædning | 0 | Kan intet - Skal hjælpes med alt. |
| | 1 | Kan ca ½ selv. Hjælpes med f.eks. knapper, lynlås, snørrebånd. |
| | 2 | Kan selv - Uafhængig af hjælp. |
| Trappegang | 0 | Kan ikke. |
| | 1 | Kan noget, men skal have hjælp. |
| | 2 | Kan selv - Uafhængig af hjælp op og ned. |
| Bad | 0 | Kan ikke uden hjælp under en eller anden form. |
| | 1 | Kan alt selv - Uafhængig af hjælp. |

SUM:

=====

DELTAGER:

- i. Mand
ii. Kvinde
b. Højde _____ cm
c. Vægt _____ kg
d. Alder _____ år
e. Far født på Grønland Ja Nej
f. Mor født på Grønland Ja Nej

2. **Knoglebrud:** Ja Nej Type: _____

3. Alder for sidste menstruation: _____ år

4. **Tobak - Cigaretter:**

- a. aldrig
b. holdt op
c. 1-10
d. 11-20
e. flere end 20
f. _____

5. **Alkohol:**

- a. aldrig
b. 0-7 genstande pr uge
c. 8-14 genstande pr uge
d. 15-21 genstande pr uge
e. mere end 21 genstande pr uge
f. _____

PLEJE:

1. Plejehjem - Ankomst Mdr. _____ År _____
a. Varighed: _____
b. Årsag: _____
c. UDE <1 1-3 >3 timer/dag

2. Får **Vitaminer:**

- (1) Aldrig
(2) Af og til
(3) Daglig

Hvis ja, indeholder de da

- (a) **Jod:** Ja Nej Ved ikke
(b) **D-vit** Ja Nej Ved ikke
(c) **Calcium** Ja Nej Ved ikke

JOURNAL:

3. **Anden sygdom:** Ja Nej

4. **Hvis ja, hvilke:**

- i. 19 _____
ii. 19 _____
iii. 19 _____
iv. 19 _____

5. Får du **Medicin:** Ja Nej

- (1) _____
(2) _____
(3) _____
(4) _____

- b. Prednisolon Ja Nej Dosis /Varighed: _____
c. Hormon / Østrogen Ja Nej Dosis /Varighed: _____