

Imię i nazwisko pacjenta:.....

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL
(SKALA KATZA)**

wypełnia pacjent lub opiekun

Data [rrrr-mm-dd]:

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu pacjenta.

Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt.

Czynność	Opis	PACJENT	
		TAK	NIE
Kąpanie się/ mycie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/		
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		
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		
Jedzenie	Odżywia się Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa		

Wyniki (opis):

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