

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do
CENTRUM REHABILITACJI I OPIEKI w Raniżowie.



.....
Rok urodzenia:....., w
Dowód Osobisty - seria i numer dowodu
Adres.....
.....
PESEL.....

Skąd dowiedzieli się Państwo o naszym Centrum Rehabilitacji i Opieki Leśna Ostoja ?

- ☐ Strona internetowa,
- ☐ Google
- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ Znajomi
- ☐ Ulotki
- ☐ Inne.....

PROSIMY O ZAKREŚLENIE WYBRANYCH OPCJI

I. INFORMACJE O POBYCIE:

1. Rodzaj pobytu:

- ☐ Pobyt dwutygodniowy
- ☐ Pobyt krótkoterminowy (powyżej 2 tygodni)
- ☐ Pobyt długoterminowy (powyżej 1 miesiąca)
- ☐ Pobyt poszpitalny

2. Zakwaterowanie od.....do

3. Pokój jednoosobowy z łóżkiem rehabilitacyjnym.

II. INFORMACJE DODATKOWE O OSOBIE UBIEGAJACEJ SIĘ O PRZYJĘCIE:

1. Stopień samodzielności:

- ☐ samodzielny/a
- ☐ niesamodzielny/a

jeśli niesamodzielny/a to w jakim zakresie?

.....
.....

2. Posiada stopień niepełnosprawności? nie/tak jeżeli tak wpisać jaki
3. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona? nie/tak jeżeli tak od kiedy?.....
4. Czy osoba znajduje się pod opieką poradni specjalistycznych? nie/tak jeżeli tak to jakich:
.....
.....
5. Czy osoba rozumie i wykonuje polecenia nie/tak
6. Przybliżona waga.....
7. Przybliżony wzrost
8. Czynne uzależnienia
 - Tytoń nie/tak
 - Alkohol nie/tak
 - Inne używki, jakie.....
9. Potrzeby psycho-emocjonalne:
 - Lęki nie/tak, jakie.....
 - Depresja nie/tak, (czy jest pod kontrolą specjalisty nie/tak)
 - Inne zaburzenia jakie
10. Zainteresowania/ hobby
.....
11. Zwyczaje/przyzwyczajenia.....
.....
12. Preferencje dotyczące aktywności:
 - Uczestnictwo w zajęciach grupowych
 - Spędzanie czasu w samotności

III. STAN ZDROWIA – PRZEBYTE I AKTUALNE CHOROBY:

Nadciśnienie tętnicze	NIE	TAK	
Cukrzyca	NIE	TAK	Jeśli tak proszę wskazać typ cukrzycy: ○ Insulinozależna ○ Insulinoniezależna
Zdarzają się upadki	NIE	TAK	
Alergie	NIE	TAK	
Choroby zakaźne	NIE	TAK	
Przebyty zawał serca	NIE	TAK	Jeśli tak to kiedy
Choroba Alzheimera	NIE	TAK	
Słabo słyszący	NIE	TAK	
Słabo widzący	NIE	TAK	
Przebyty udar	NIE	TAK	Jeśli tak to kiedy
Padaczka	NIE	TAK	
Otępienie starcze	NIE	TAK	
Zaburzenia snu	NIE	TAK	

Inne choroby i schorzenia współistniejące**Przebyte operacje i zabiegi****IV. UKŁAD KRAŻENIA:**

- Wydolny
- Niewydolny, jeśli niewydolny poddany leczeniu tak/nie

Dodatkowe uwagi:

.....

V. UKŁAD ODDECHOWY:

- **Wydolny**
- **Niewydolny** (właściwe zaznaczyć)
 - Tracheostomia
 - Respiratoterapia
 - Tlenoterapia
 - Astma

Dodatkowe uwagi:

.....

VI. UKŁAD POKARMOWY:

- W normie
- Sonda (sonda żołądkowa wprowadzona przez nos lub usta)
- PEG (dren wprowadzony przez skórę jamy brzusznej)

Zalecenia dotyczące żywienia/stosowana dieta:

.....

.....

1. Spożywanie posiłków:

- Chętnie
- Niechętnie, dlaczego
-

2. Spożywanie płynów:

- Chętnie
- Niechętnie, dlaczego
-

3. Forma i preferencje spożywania posiłków:

- Pokarm stały
- Pokarm zmięszony
- Inna, jaka

4. Forma i preferencje przyjmowania płynów:

- Samodzielna
- Za pomocą rurki
- Inna, jaka

VII. UKŁAD MOCZOWO- WYDALNICZY:

1. Funkcjonowanie układu moczowego:

- **Prawidłowe**
- **Nieprawidłowe** czy jest pod opieką specjalisty? tak/nie (właściwe zaznaczyć)
 - zabezpieczony pampersiem nie/tak (rodzaj / rozmiar...../.....)
 - zabezpieczony pieluchomajtkami nie/tak (rodzaj/rozmiar...../.....)
 - założony cewnik nie/tak (data założenia/wymiany...../.....)

2. Funkcjonowanie układu wydalniczego:

- Kontrola zwieraczy (trzymanie stolca) tak/nie

VIII. OCENA NEUROLOGICZNA:

1. Pacjent świadomy tak/nie
2. Pacjent spokojny tak/nie
3. Pacjent bywa pobudzony tak/nie
4. Pacjent bywa agresywny tak / nie

Uwagi dodatkowe:

.....

.....

5. Napięcie mięśniowe:

- ☐ Normalne
- ☐ Mięśnie wiotkie
- ☐ Podwyższone napięcie mięśniowe
- ☐ Obniżone napięcie mięśniowe
- ☐ Spastyka mięśniowa (zaburzenie czuciowo ruchowe ze wzmożonym napięciem mięśniowym)
- ☐ Ruchy mimowolne

IX. STAN SKÓRY:

1. Odłężyny nie/tak, okolica.....
2. Otarcia nie/ tak, okolica.....
3. Zasinienia nie/tak, okolica.....

X. CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA PROCES REHABILITACJI

1. Metale w ciele nie/ tak, jaki obszar.....
2. Urządzenia wspomagające nie/tak, jaki obszar.....
3. Dotychczasowa rehabilitacja nie/ tak (jeśli tak proszę ocenić stopień zaangażowania):
 - ☐ Chętny
 - ☐ Niechętny, przyczyna.....
4. Pacjent leżący nie / tak
5. Chód:
 - ☐ Samodzielny
 - ☐ Niesamodzielny (właściwe zaznaczyć)
 - z pomocą drugiej osoby
 - chodzik
 - balkonik
 - kule
 - trójnóg
 - laska
 - wózek
6. Zaburzenia równowagi nie/ tak
7. Afazja (zaburzenia mowy) nie/ tak

XI AKTUALNIE STOSOWANA FARMAKOTERAPIA:

LP	NAZWA LEKU	DAWKOWANIE	UWAGI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

XII. OCENA PACJENTA WG SKALI BARTHEL:

LP	NAZWA CZYNNOŚCI	WARTOŚĆ PUNKTOWA
1.	Jedzenie 0- nie jest w stanie samodzielnie jeść 5- Potrzebuje pomocy przy 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 w czynnościach osobistych, 5- niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety 0-zależny 5-częściowo potrzebuje pomocy, 10- niezależny w dotarciu do WC oraz zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0-zależny 5-niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0-nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku inwalidzkim 5- do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10-spacery, z pomocą jednej osoby >50m 15-niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0- zależny nie jest samodzielny 5- potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10-samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0- zależny, 5-Potrzebuje częściowej pomocy 10- niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0-niepanuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania, 5- Sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10- Kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrola moczu/ zwieracza pęcherza moczowego 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5- Sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10-kontroluje oddawanie moczu	
SUMA		

XIII. DANE OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Imię i nazwisko.....
 Adres zamieszkania.....
 Telefon.....
 E-mail.....

XIV. OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO CENTRUM REHABILITACJI I OPIEKI ALBO JEJ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Rehabilitacji i Opieki „Leśna Ostoja”.

WARUNEK KONIECZNY W DNIU PRZYJĘCIA

1. Historia choroby, karta informacyjna z ostatniego pobytu w szpitalu
2. Wykaz leków przyjmowanych- uzupełniony i podpisany przez lekarza prowadzącego
3. Przyjęcie Mieszkańca w Centrum Rehabilitacji i Opieki **od poniedziałku do piątku do godziny 13-tej**

Pouczenie

Prosimy mieć świadomość, iż celowe podawanie nieprawdziwych informacji o stanie zdrowia lub zatajenie faktu występowania poważnych chorób przyjmowanego Mieszkańca do Centrum Rehabilitacji i Opieki, może mieć poważne konsekwencje zarówno dla osoby przyjmowanej, zatrudnionego personelu medycznego w Centrum Rehabilitacji i Opieki Leśna Ostoja oraz innych Mieszkańców skutkować będzie w trybie natychmiastowym rozwiązaniem umowy.

Ponadto jeśli Mieszkaniec lub osoba odpowiedzialna za jego opiekę dostarcza niewłaściwe i niepełne informacje o stanie zdrowia, może to wpłynąć na zapewnienie niewłaściwej opieki, a nawet wprowadzić niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia Mieszkańców oraz zatrudnionego personelu medycznego.

Data i czytelny podpis Opiekuna

.....

Informacje i uwagi, które chciałaby przekazać rodzina:

.....

Data przyjęcia Karty Zgłoszenia

Przez Centrum Rehabilitacji i Opieki

.....

podpis osoby przyjmującej Kartę Zgłoszenia