

DATA _____

.....

.....

NAZWA I PIECZĄĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

ALBO LEKARZA Z INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĄ LEKARSKĄ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie na pobyt rehabilitacyjny w Centrum Rehabilitacji Jagatowe Wzgórze

.....

Pesel

Data urodzenia (dzień/ miesiąc/ rok)

Adres

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

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

Rozpoznanie z kodem ICD 10

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Stosowane leki

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE

Przebyte zabiegi operacyjne w okresie ostatnich 12 miesięcy:

.....

.....

.....

.....

Czy osoba przeszła zarażenie COVID-19: TAK/NIE*

Jeżeli TAK, to w jakim czasie:

Układ ruchu:

Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy

Przebyte urazy i ich następstwa

Ewentualne stosowane ortezy

II. Ocena stanu psychicznego:

Czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia? TAK/ NIE*

Uzależnienia: TAK/ NIE* Jeżeli tak, to od czego

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Czy pacjent wymaga stosowania leków uspokajających TAK/ NIE* Jeżeli tak, to

jakich:

III. Choroby zakaźne:

Gruźlica, HIV, WZW B, WZW C, Inne

IV. INNE:

1. CEWNIK MOCZOWY TAK/ NIE* OD KIEDY
2. GASTROSTOMIA/ SONDA TAK/ NIE* OD KIEDY
3. STOMIA TAK/ NIE*
4. WKŁUCIE CENTRALNE TAK/ NIE * OD KIEDY
5. MOBILNOŚĆ PACJENTA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ KWADRAT):
 - ☐ MOBILNY
 - ☐ ŁASKA/ KULE
 - ☐ WÓZEK INWALIDZKI
 - ☐ NIEMOBILNY (LEŻĄCY)
 - ☐ INNE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE
6. ŻYWIENIE:
 - ☐ DIETY:
 - ☐ ALERGIE POKARMOWE:

Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej.

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Ocena pacjenta wg skali Barthel

W punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić:

1. Spożywanie posiłków:

0-nie jest w stanie /samodzielnie jeść/

5-potrzebuje pomoc w krojeniu. smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety

10-samodzielna, niezależna

2. Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:

0-nie jest w stanie. Nie zachowuje równowagi przy siedzeniu

5-większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/

10-mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/

15-samodzielny

3. Utrzymywanie higieny osobistej:

0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych

5-niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów/
z zapewnionymi pomocami/

4. Korzystanie z toalety /WC/:

0-zależny

5-potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam

10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się

5. Mycie, kąpiel całego ciała:

0-zależny

5-niezależny /lub pod prysznicem/

6. Poruszanie się /po powierzchni płaskich:

0-nie porusza się lub < 50 m

5-niezależny na wózku. Wliczając zakręty > 50 m

10-spacery z pomocą /słowną lub fizyczną / jednej osoby > 50 m

15-niezależny/ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski/>50m

7. Wchodzenie i schodzenie po schodach:

0-nie jest w stanie

5-potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej. przenoszenie/

10-samodzielny

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

8. Ubieranie się i rozbieranie:

0-zależny

5-potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy

10-niezależny / zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp./

9. Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:

0-nie panuje nad oddawaniem stolca /lub potrzebuje lewatyw/

5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/

10-panuje /utrzymuje stolec

10. Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:

0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny

5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/

10-panuje /utrzymuje mocz

Wynik kwalifikacji***

Skala:

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

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

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

***/ wpisać uzyskaną sumę punktów

Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu przyjęcia do Domu Seniora Jagatowe Wzgórze zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanym z pobytem w placówce.

.....

(podpis osoby zainteresowanej umieszczeniem w Domu/ OPIEKUNA PRAWNEGO)

***NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**