

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY
do pobytu w
ODDZIALE REHABILITACJI ORAZ
ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO- LECZNICZYM

Dane personalne

Dane opiekuna prawnego/faktycznego

Imię.....

Imię.....

Nazwisko.....

Nazwisko.....

Pesel.....

Pesel.....

Adres zameldowania

Adres zameldowania

Ulica.....

Ulica.....

Nr domu.....

Nr domu.....

Kod pocztowy.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Miejscowość.....

Seria i numer dowodu osobistego:

Seria i numer dowodu osobistego:

.....

.....

Telefon.....

Telefon/.....

e-mail.....

Data zachorowania/urazu.....

*Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mnie do:

Pobytu na oddziale opiekuńczo- leczniczym w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Płoskiem

Pobytu na oddziale opiekuńczo- leczniczym wraz z rehabilitacją

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu świadczenia usług medycznych przez Zakład Opiekuńczo- Leczniczy w Płoskiem.

Miejscowość i data..... Podpis:.....

*Do wniosku należy dołączyć aktualne kopie przebytych konsultacji, w tym również neurologicznej i/lub ortopedycznej, wyniki badań

morfologicznych oraz mikrobiologicznych, Karty Informacyjnej z hospitalizacji dokumentacji medycznej i inne zaświadczenia mające wpływ na świadczenie usług medycznych w Oddziale Rehabilitacji i Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Płoskiem.

* odpowiednio zaznaczyć

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY
do pobytu w
ODDZIALE REHABILITACJI ORAZ
ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO- LECZNICZYM

WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY/ DYŻURNY

Rozpoznanie wg ICD 10/

schorzenia zasadnicze oraz choroby współistniejące.

Przebyte operacje oraz zabiegi

AKTUALNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

(antybiotykoterapia, leki: dawkowanie, czas trwania leczenia; ewentualne zalecenia)

Choroby zakaźne

TAK NIE Rodzaj

UKŁAD KRAŻENIA

Wydolny Niewydolny

Czynność serca

Miarowa Niemiarowa

Obecność kardiowertera/ DBS i inne urządzenia elektroniczne

TAK NIE

UKŁAD ODDECHOWY

Wydolny

Niewydolny Tracheostomia Respiratoterapia Tlenoterapia

Rodzaj rurki tracheotomijnej;

DATA; ostatnia wymiana rurki tracheotomijnej

Uwagi / zalecenia dot. układu oddechowego

UKŁAD POKARMOWY

W normie Sonda do żołądki PEG,

Zalecenia dotyczące żywienia; w tym też diet przemysłowych:

UKŁAD MOCZOWY

Cewnik do pęcherza moczowego: TAK NIE

Data założenia/ wymiany cewnika:

Kontrola zwieraczy TAK NIE

OCENA NEUROLOGICZNA

Stan świadomości:

Pacjent świadomy

Pacjent wybudzony Pacjent wybudzany Stan wegetatywny

inne

Uwagi:

Napięcie mięśniowe

podwyższone sztywność spastyka normalne

obniżone wiotkie

Przykurcze mięśniowe

Tak Nie

Występowanie odruchów patologicznych

Tak Nie

OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA

Czy prowadzono rehabilitację? TAK NIE

Pacjent leżący

TAK NIE

Chód z pomocą samodzielnie nie chodzi

Porusza się na wózku z pomocą samodzielnie

OCENA wg ICF

D410- Zmiana podstawowej pozycji ciała

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D415 — utrzymanie pozycji ciała

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D420 — przemieszczanie się

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie- duże

D450 — chodzenie

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D510 — mycie się

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D520 — pielęgnacja poszczególnych części ciała

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D530 — korzystanie z toalety

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D540 — Ubieranie się

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

D550 — Jedzenie

Zakres ograniczenia

brak nieznaczne umiarkowane znaczne skrajnie duże

OCENA PIEŁĘGNIARSKA

Kategoria opieki pielęgniarskiej I II III

Odleżyny/ rany przewlekłe: tak nie

umiejscowienie/ stopień:

.....

Uzasadnienie kategorii opieki pielęgniarskiej/ problemy pielęgnacyjne:

Podpis i pieczęć pielęgniarki:

.....

Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne z aktualnym stanem zdrowia pacjenta.

Na podstawie przekazanych danych i wywiadu środowiskowego podejmowana zostaje kwalifikacja Pacjenta do ośrodka opiekuńczo- rehabilitacyjnego w Płoskiem

Miejscowość, data.....

Podpis i pieczęć lekarza/ osoby wypełniającej formularz

.....

Ewentualny kontakt do lekarza prowadzącego, oddziału, osoby kontaktowej z personelu medycznego, w sprawie Pacjenta:

.....