

KARTA KWALIFIKACJI
Centrum Rehabilitacji CONSTANCE CARE

1. Imię i Nazwisko

2. Wiek, rok urodzenia

3. Adres do korespondencji

.....

4. Telefon kontaktowy

5. Adres e-mail

6. Rozpoznanie choroby zasadniczej, z powodu której Pacjent korzysta z rehabilitacji

.....

.....

.....

.....

7. Dotychczasowy przebieg rehabilitacji / jeśli była (data, miejsce rehabilitacji)

.....

.....

8. Data zachorowania, wypadku, operacji i skrócony przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczas

stosowanej rehabilitacji / medycyny

.....

.....

.....

.....

9. Choroby towarzyszące:

a) nadciśnienie tętnicze Tak Nie

b) serca:

- wada serca Tak Nie

- zawał serca Tak Nie

- zaburzenia rytmu Tak Nie

c) cukrzyca Tak Nie

d) udar mózgu Tak Nie

e) wszczepiony metal Tak Nie < umiejscowienie

f) rozrusznik / stymulator serca Tak Nie

10. Ocena stanu psychicznego:

- a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia:
- b) czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne:, jakie

11. Cewnik moczowy:

12. Odleżyny:, umiejscowienie (opis)

wielkość, obecność zakażenia

waga, wzrost

13. Ocena samodzielności życia codziennego (ocena potrzebnej opieki):

- a) zaopatrzenie ortopedyczne:, jakie?
- b) czy Pacjent wymaga wózka inwalidzkiego:, czy posiada wózek:

*** Właściwe zaznaczyć** – należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan Pacjenta

Spożywanie posiłków:

- 0 - nie jest w stanie, samodzielnie jeść
- 5 - potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety
- 10 - samodzielna, niezależna

Przemieszczanie się, z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:

- 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu
- 5 - większa pomoc fizyczna, potrzebuję jedną lub dwie osoby
- 10 - mniejsza pomoc - słowna lub fizyczna
- 15 - samodzielny

Utrzymywanie higieny osobistej:

- 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych
- 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów - z zapewnionymi pomocami

Korzystanie z toalety WC

- 0 - zależny
- 5 - potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam
- 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się

Mycie, kąpiel całego ciała:

- 0 - zależny
- 5 - niezależny lub pod prysznicem

Poruszanie się po powierzchni płaskich:

- 0 - nie porusza się lub < 50 m
- 5 - niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m
- 10 - spacerzy z pomocą jednej osoby > 50 m - słowną lub fizyczną

15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50m

Wchodzenie i schodzenie po schodach:

- 0 - nie jest w stanie
 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie
 10 - samodzielny

Ubieranie się i rozbieranie:

- 0 - zależny
 5 - potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy
 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.

Kontrolowanie stolca:

- 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw
 5 - czasami popuszcza zdarzenia przypadkowe
 10 – panuje, utrzymuje stolec

Kontrolowanie moczu:

- 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny
 5 - czasami popuszcza - zdarzenia przypadkowe
 10 - panuje - utrzymuje mocz

14. Inne choroby współistniejące, przebyte operacje, np. czynna choroba nowotworowa:

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

15. Aktualnie podawane leki, uczulenia na leki:

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

16. Preferencje dotyczące posiłków:

.....
rodzaj diety

17. Kontakt do osoby którą należy poinformować w nagłych przypadkach:

.....

Uwaga. W przypadku podania nieprawdziwych lub niepełnych informacji dotyczących stanu zdrowia Pacjenta Ośrodek ma prawo odmówić przyjęcia w trybie natychmiastowym. O przyjęciu Pacjenta decyduje personel Ośrodka tj. dział pielęgniarstwa lub Dyrektor Ośrodka.

Podpis Pacjenta / Osoby upoważnionej

Data

Dane Pacjenta:

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

Oświadczenie

Ja niżej podpisana (-y) oświadczam, iż mój obecny stan zdrowia wymaga natychmiastowej rehabilitacji. Rehabilitacja jest niezbędna, pilna i bezwzględnie konieczna do poprawy mojego obecnego stanu zdrowia.

Oświadczam, że warunkiem przyjęcia do Centrum Rehabilitacji Constance Care jest możliwość transportu i przemieszczania się na wózku inwalidzkim.

Podpis Pacjenta / Osoby upoważnionej

