GWAREK

INFORMACJA O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA PACJENTA

Szanowna(y) Pani(e) Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego formularza

Imię i nazwisko pacjenta/PESEL	**Numer telefonu (Ważne!!!)**

WYKAZ AKTUALNYCH CHORÓB PACJENTA

Nazwa choroby:	Zażywane leki:	Dawkowanie:		
		rano	południe	wieczór

Czy Pani/Pan choruje na chorobę nowotworową? □ NIE □ TAK. jaką (podać rozpoznanie)?
……..
……..

Czy istnieją przeciwwskazania do rehabilitacji? □ NIE □ TAK, jakie?
……

Czy jest Pani w ciąży ? □ NIE □ TAK

Inne ważne informacje mogące mieć wpływ na proces rehabilitacji?

Data: Podpis wypełniającego (pacjent, opiekun, lekarz, pielęgniarka)

Prosimy o ocenę poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich w skali Barthel

Indeks Barthel

.....PESEL.....
Nazwisko i imię pacjenta

Lp.	Czynność	Wynik
1	**Spożywanie posiłków:** 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
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	**Utrzymanie 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 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 powierzchniach 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 > 50 m	
7	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** 0 – nie jest w stanie 5 –- potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	**Ubieranie się i rozbieranie:** 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	**Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:** 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), nosi pampersy 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), nosi pampersy 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Należy wpisać uzyskaną sumę punktów. **Wynik kwalifikacji**		

W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i określić jej wartość punktową.

Data: Podpis wypełniającego (pacjent, opiekun, lekarz, pielęgniarka)

Dziękujemy za współpracę. Dyrekcja Zespołu