

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO ODDZIAŁU REHABILITACJI
KUJAWSKO-POMORSKIEGO CENTRUM PULMONOLOGII**

ul. Meysnera 9 85-472 Bydgoszcz

Tel. (52)3279322

1. Nazwisko i imię.....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania
.....
.....
4. Numer PESEL
5. Telefon kontaktowy pacjenta
6. Imię, nazwisko, adres i telefon kontaktowy osoby opiekującej się chorym
.....
.....
.....
7. Oddział NFZ
8. Nr statystyczny choroby wg ICD-10
9. Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji (w języku polskim)
.....
.....
.....
.....
10. Cel rehabilitacji
.....
.....

11. Data zachorowania, urazu i skrócony przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji w ciągu ostatnich dwóch lat.

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

12. Choroby towarzyszące:

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

BADANIE PRZEDMIOTOWE:

I. Ocena sprawności pacjenta

a) poruszanie się:

- chodzący samodzielnie , - chodzący przy pomocy (kula, laska, czwórnóg, podpórka dwukołowa, podtrzymywany przez osobę drugą, w asyście osoby drugiej)
- siedzący, zaadaptowany do wózka ,
- leżący ,

b) higiena osobista:

- samodzielny , - wymaga pomocy , - całkowicie zależny ,

c) jedzenie i picie:

- samodzielny , - wymaga pomocy , - całkowicie zależny ,

d) kontrola zwieraczy:

- kontroluje , - trudności z utrzymaniem , - nie kontroluje ,

e) Stan narządu ruchu (zakreślić)

- przykurcze tak , nie ,
- zaniki mięśniowe tak , nie ,
- spastyka tak , nie

II. Układ krążeniowo - oddechowy (ocena wydolności wg NYHA , RR, HR)

.....

III. Stan psychiczny

a) chęć współpracy w rehabilitacji: tak , nie ,

b) zaburzenie mowy: tak , nie , (afazja, dyzartria)

 czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia tak , nie ,

c) obecność istotnych zaburzeń zachowania, emocji i funkcji poznawczych uniemożliwiających współpracę tak nie ,

IV Obecność:

- a) rurka tracheotomijna tak , nie , od kiedy.....
- b) sonda żołądkowa tak , nie , od kiedy.....
- c) cewnik Foley'a tak , nie , od kiedy.....
- d) PEG tak , nie , od kiedy.....
- e) inne dreny (lokalizacja) tak , nie , od kiedy.....

V. Odleżyny tak , nie ,
wielkość, lokalizacja, stopień

.....
.....

VI Kategoria opieki pielęgniarskiej (I-IV)

- I – pacjent całkowicie samodzielny
- II – pacjent wymagający niewielkiej pomocy w poruszaniu się, czynnościach higienicznych
- III – chory leżący, sam zmienia pozycję w łóżku, wymaga pomocy przy spożywaniu posiłków, znacznej pomocy w czynnościach higienicznych
- IV – pacjent leżący, wymaga zmiany pozycji, kompletnej pielęgnacji i opieki, karmiony przez zgłębnik

Podpis i pieczętka lekarza kierującego
Telefon kontaktowy do lekarza kierującego

Ostateczna kwalifikacja przyjęcia do Oddziału odbędzie się w dniu przyjazdu.

W przypadku znacznych rozbieżności opisu chorego w karcie kwalifikacyjnej ze stanem faktycznym (przy np. pogorszeniu stanu chorego) konieczne jest ponowne wypełnienie wniosku i przesłanie do sekretariatu oddziału w przeciwnym razie możliwa jest dyskwalifikacja chorego w dniu przyjazdu. Chory powinien być zaopatrzony w aktualne badania (rtg, KT, NMR i inne) potwierdzające powód rehabilitacji.

Oprócz wniosku o przyjęcie do oddziału konieczne jest również dostarczenie skierowania do szpitala.