Data……………………………

(Pieczęć zakładu opieki lekarskiej

lub indywidualnej praktyki lekarskiej)

WSTĘPNA OCENA LEKASKA

Pacjenta ubiegającego się do przyjęcia do Domu Wczasowo Rehabilitacyjnego w Zembrzycach

Dane personalne

Imię i nazwisko………………………………………

PESEL…………………………………………………….

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

1. Aktualna ocena stanu zdrowia pacjenta
* Wywiad………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….
* Przebieg choroby ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Przebyta dotąd rehabilitacja
………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Rozpoznanie z kodem ICD 10

……………………………………………….………………………………….………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………

1. Ocena stanu klinicznego:
* Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności
………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy, PEG, STOMII, itp. ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp., ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Układ ruchu

Zmiany zwyrodnienia i ich objawy………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….

* Przebyte urazy i ich następstwa
………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….

Ewentualne stosowane urazy ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….

* Układ nerwowy
………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……
* Stan skóry: ( obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie) ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….………
1. Ocena stanu psychicznego:
* Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….….……………………………………………….………………………………….
* Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego

Zaburzenia psychotyczne

………………………………………………………………………….

Zaburzenia depresyjne

…………………………………………………………………………

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

………………………………………………………………………….

1. Choroby zakaźne:
* Gruźlica……………………………………………..
* HIV…………………………………………………..
* WZW B, WZW C………………………………
* Inne zakaźne…………………………………………..
1. Choroby alergiczne……………………………………………………………..

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

1. Przebyte zabiegi operacyjne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Ocena stopnia samodzielności ( Skala Barthel w załączeniu)
3. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Aktualnie przyjmowane leki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa Leku** | **Dawka** | **Sposób przyjmowania** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |

……... …………………….

 (pieczęć, podpis lekarza, data)

XI. Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam / nie wyrażam \* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Wczasowo Rehabilitacyjnego, tylko w celu pielęgnacyjno- opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

XII. Prosimy do zaświadczenia dołączyć kserokopię ostatniego wypisu ze szpitala.

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

(podpis osoby zainteresowanej

umieszczeniem w DWR Zembrzyce )

Dane osoby do kontaktu.

Imię i Nazwisko:

Telefon:

Adres e-mail:

Orientacyjny termin pobytu:

Czas pobytu: określony / nieokreślony \*

Pokój: jednoosobowy / dwuosobowy \*

Zaświadczenie lekarskie wraz z kserokopią wypisu można złożyć w następujący sposób:

- wysłać na e-mail: dwr.zembrzyce@caritas.pl

- dostarczyć bezpośrednio do Domu Wczasowo Rehabilitacyjnego od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00

- wrzucić do skrzynki znajdującej się przed wejściem do budynku z napisem „Dokumenty”