Pieczęć ośrodka

**KARTA KWALIFIKACYJNA PRZED PRZYJĘCIEM DO ODDZIAŁU REHABILITACJI SP ZOZ W RADZIEJOWIE**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: ……………………………………………………………………………………………..........

Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………………….........

Cel skierowania: …………………………………………………………………………………………

**Rozpoznania:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Data zachorowania:** ……………………………………………………………………………………

**Choroby towarzyszące:**

* nadciśnienie tętnicze Tak Nie
* serca:
	+ wada serca Tak Nie
	+ zawał serca Tak Nie
	+ zaburzenia rytmu serca Tak Nie
* cukrzyca Tak Nie
* udar mózgu Tak Nie
* wszczepiony metal/stymulator Tak Nie

Czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia? ………………………………

Czy pacjent przyjmuje aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne? …………… jakie? ……………………………………………………………………………………………………………

Obecność rurki tracheostomijnej, cewników, drenów – wpisać właściwe ……………………………………………………………………………………………………………

Obecność odleżyn: ……………………………………………………………………………………………………………

**Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:**

Samodzielne mycie się ………………….. Samodzielne ubieranie się …………………

Samodzielne jedzenie …………………… Trzymanie moczu, stolca …………………..

Samodzielne siadanie na łóżku …………………. Samodzielne chodzenie po pokoju …………..

Samodzielne chodzenie po korytarzu …………. Samodzielne chodzenie po schodach ……............

Zaopatrzenie ortopedyczne ……………... jakie? …………………………………………………………

Czy wymaga wózka inwalidzkiego? ………………………

Objawy zakażenia w ciągu ostatnich dwóch tygodni ……………………………………………………

Czy pacjent już przebywał lub przebywa w Oddziale Rehabilitacji? ……………………………………

Odchylenia w podstawowych badaniach laboratoryjnych (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, jonogram): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Aktualnie przyjmowane leki, uczulenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dotychczasowe leczenie onkologiczne:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

data, podpis i pieczątka lekarza

Pacjent zakwalifikowany/zdyskwalifikowany do hospitalizacji w Oddziale Rehabilitacyjnym
Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

data, popis i pieczątka lekarza kwalifikującego