

Dziękujemy za wybór naszego Neuroportu i bardzo cieszymy się na spotkanie.

Z naszej strony robimy wszystko aby pobyt u nas spełnił Wasze oczekiwania. Z pełnym zaangażowaniem otaczamy naszych pacjentów troską i profesjonalną opieką, aby w bezpiecznym otoczeniu i wśród życzliwych ludzi spędzili z nami ten czas oraz osiągnęli złożone przy przyjęciu cele.

Szanowni Państwo,

W trosce o Państwa bezpieczeństwo oraz zapewnienie jak najlepszej opieki i terapii prosimy o uważne i rzetelne odpowiedzi na pytania, poprzez zakreślenie odpowiedzi lub opis w wyznaczonych miejscach.

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Kwestionariusz osobowy

Nazwisko.....
Imię.....
PESEL.....
Nr dowodu osobistego.....
Adres
zamieszkania/przebywania.....
.....
Numer telefonu.....
Adres e-mail.....

Osoba kontaktowa

Nazwisko
Imię.....
PESEL.....
Adres
zamieszkania/przebywania.....
.....
Numer telefonu.....
Adres e-mail.....
Stopień pokrewieństwa.....

Miejsce, w którym Pani/Pan w tej chwili przebywa:

- w domu
- w szpitalu
- w innym miejscu, jakim?.....

2. Zgłoszenie dotyczy:

- turnusu rehabilitacyjnego
- oferty dla seniora
- rehabilitacji ambulatoryjnej

3. Jaki jest Państwa cel pobytu w Neuroporcie?
.....

Zgłoszenie na turnus z powodu:

- choroby neurologicznej
proszę podać jakiej
- choroby ortopedycznej
proszę podać jakiej
- choroby kardiologicznej
proszę podać jakiej
- choroby onkologicznej
proszę podać jakiej
- innej,
proszę podać jakiej

II. WYWIAD LEKARSKI**1. Czy choruje Pani/Pan na:**

- choroby neurologiczne:**
 - stan po udarze,
 - stwardnienie rozsiane,
 - choroba Parkinsona,
 - choroba Alzheimerera,
 - padaczka,
 - inne proszę podać jakiej?.....
- choroby układu krążenia:**
 - nadciśnienie tętnicze,
 - choroba niedokrwienności serca,
 - stan po zawale serca,
 - stan po założeniu stentów,
 - stan po założeniu by pass,
 - arytmia serca,
 - migotanie przedsionków,
 - stan po wszczepieniu stymulatora,

- wada serca,
- inne, proszę podać jakie?

- choroby psychiczne**
proszę podać jakie?

- choroby układu oddechowego:**
 - POChP,
 - astma oskrzelowa,
 - obturacyjny bezdech senny,
 - niewydolność oddechowa,
 - inne, proszę podać jakie?

- cukrzyca:**
 - leczona dietą
 - leczona preparatami doustnymi
 - leczona insuliną

- choroby tarczycy:**
 - niedoczynność tarczycy,
 - nadczynność tarczycy,
 - choroba Hashimoto,
 - guzki tarczycy

- choroby onkologiczne** przebyte w ciągu ostatnich 5 lat:

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

- niewydolność nerek**
 - wymaga dializy
 - wymaga dializy otrzewnowej

- bezsenność**

- osteoporoza**

- otwarte rany:**
 - owrzodzenia,
 - odleżynyproszę opisać lokalizację:

.....

2. Proszę podać jakie leki pobiera Pani/Pan na stałe (nazwa i dawka leku, częstotliwość pobierania)

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

3. Czy Pani/ Pan jest uczulona/y na leki? (na jakie?)

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

4. Proszę podać informację o przebytych operacjach:

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

5. Proszę podać informację o przebytych pobytach w szpitalu oraz daty pobytów w ciągu ostatnich 5 lat

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

6. Czy jest Pani/Pan pod stałą opieką poradni specjalistycznych? (jakich?)

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

7. Używki

- palenie tytoniu
- choroba alkoholowa

III. WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Czy Pani/Pan: (proszę zakreslić właściwą odpowiedź)

przebywał(a) w szpitalu lub innej placówce w ciągu ostatnich 12 miesięcy ?

- TAK
- NIE

przebywał(a) w szpitalu lub innej placówce w ciągu ostatnich 30 dni ?

- TAK
- NIE

miała/miał transfuzję krwi

- TAK kiedy?
- NIE

była/był długotrwale leczony antybiotykiem

- TAK kiedy?.....
- NIE

chorował(a) na żółtaczkę zakaźną

- TAK kiedy?.....
- NIE

jest nosicielem wirusa wirusowego zapalenia wątroby (WZW)

- TAK
 - typu B
 - typu C
- NIE

jest nosicielem innych wirusów i bakterii, proszę podać jakich?.....

- TAK
- NIE

IV. INFORMACJE O FUNKCJONOWANIU PACJENTA

Proszę opisać swoje AKTUALNE funkcjonowanie:

Poruszam się:

- samodzielnie
- z użyciem kul łokciowych, balkonika, wózka
- jestem osobą leżącą

Posiadam pomoce ortopedyczne umożliwiające mi poruszanie się

- TAK
- NIE

Jakie, proszę wymienić.....

Mam trudności w orientacji przestrzennej - poruszaniu w nowym miejscu

- TAK
- NIE

Mam trudności z oddychaniem

- TAK
- NIE

Mam problemy z polykaniem?

- TAK
- NIE

jeśli TAK, to czym najczęściej się zachłystuje?

- własną śliną
- wodą, płynami
- pokarmami stałymi

Stosuje specjalną dietę

- TAK jaką.....
- NIE

Proszę podać preferowaną dietę podczas pobytu:

- podstawowa
- lekkostrawna
- cukrzycowa

Czynności higieniczne wykonuję

- samodzielnie
- potrzebuję pomocy

Używam pieluch

- TAK codziennie okresowo na noc
- NIE

Mam założony cewnik do pęcherza moczowego

- TAK proszę podać jaki?
- Kiedy był założony
- NIE

Używam protez

- TAK jakich?.....
- NIE

Przebyte amputacje:

- Kiedy
- Na jakim poziomie

Odczuwam obniżenie nastroju bez wyraźnego powodu?

- TAK często rzadko nigdy
 NIE

Inne informacje, które chciałby (chciałaby) Pan(i) przekazać:

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

Prosimy o podanie następujących parametrów:

masa ciała **wzrost**
ostatnie 3 **wyniki pomiaru ciśnienia tętniczego** (data i pomiar)
1.
2.
3.

W przypadku, gdy choruje Pani, Pan na cukrzycę proszę podać:

najczęstszy pomiar **cukru na czczo**

najczęstszy pomiar **cukru po posiłku**

V. Ocena sprawności ruchowej i samodzielności pacjenta;

Proszę wpisać odpowiednią liczbę punktów (od 0 do 10 lub 15) do każdego z 10 stwierdzeń.

1. Spożywanie posiłków:

0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przeliżyć,

5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym,

10= samodzielny, niezależny.

Liczba punktów:.....

2. Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie:

0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu,

5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć,

10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna),

15= samodzielny.

Liczba punktów:.....

3. Utrzymanie higieny osobistej:

0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych,

5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych,
10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami.

Liczba punktów:.....

4.Korzystanie z toalety (WC):

0= nie korzysta w ogóle z toalety,

5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety, 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby.

Liczba punktów:.....

5. Mycie i kąpiel całego ciała:

0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika,

5= wymaga pomocy,

10=samodzielny.

Liczba punktów:.....

6. Poruszanie się po powierzchniach płaskich:

0= w ogóle nie porusza się,

5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby,

10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także z użyciem sprzętu wspomagającego.

Liczba punktów:.....

7. Wchodzenie i schodzenie po schodach:

0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby, 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia,

10= samodzielny.

Liczba punktów:.....

8. Ubieranie się i rozbieranie:

0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby,

5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby,

10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł).

Liczba punktów:.....

9. Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:

0= nie panuje nad oddawaniem stolca,

5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec,

10= kontroluje oddawanie stolca.

Liczba punktów:.....

10. Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:

0= nie panuje nad oddawaniem moczu,

5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz,

10= kontroluje oddawanie moczu.

Liczba punktów:.....

Łączna liczba punktów (wynik oceny):

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta/seniora do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego:

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

Czy za wykonane usługi mamy wystawić fakturę?

TAK Proszę podać nr NIP.....

NIE

Czy pacjent jest ubezwłasnowolniony lub posiada notarialne upoważnienie. Jakież?

.....

.....

Data

.....

Podpis osoby wypełniającej formularz kwalifikacji

Bardzo dziękujemy za poświęcony czas. Dokładne wypełnienie kwestionariusza pozwoli nam na jak najlepsze zaplanowanie Państwa pobytu w Neuroporcie.

Kwestionariusz prosimy przesłać na adres: repcja@neuroport.pl

Przyjęcie do Neuroportu☺ Bardzo się na nie cieszymy i czekamy na Was☺

1 etap – zgłoszenie

Prosimy o odesłanie dokładnie wypełnionego formularza kwalifikacji oraz badań laboratoryjnych i wypisów, które Państwo aktualnie posiadają:

1. Skan dokumentacji medycznej z ostatnich dwóch lat z pobyków w szpitalu lub z przewlekłego leczenia w Poradniach Specjalistycznych.
2. Posiadane wyniki badań laboratoryjnych

2 etap – kwalifikacja

Po przesłaniu dokumentacji skontaktuje się z Państwem lekarz Ośrodka Rehabilitacji Neuroport, w celu przeprowadzenia rozmowy i uzupełnienia wywiadu.

3 etap – przyjęcie

Po pozytywnej kwalifikacji zostanie wyznaczony termin przyjęcia, podpisana umowa i już będzie tylko do wykonania test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2.

Test można wykonać:

- samodzielnie w domu w ciągu 48h (do 2 dni) przed przyjęciem do ośrodka,
- w ośrodku przy przyjęciu (cena 60zł).