

FORMULARZ KWALIFIKACJI WSTĘPNEJ

Imię i nazwisko:

Adres:

Data urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

W PRZYPADKU PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO DANE OPIEKUNA:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Historia choroby:

Rozpoznanie / Data urazu:

Typ i poziom uszkodzenia:

Pomiary anatomiczne:

Wzrost (cm):

Waga (kg):

Ocena funkcji

Pionizacja : Kiedy ostatnio była częstotliwość? Jak długo trwała?

- w zeszłym tygodniu, czas trwania
- w zeszłym miesiącu, czas trwania
- w zeszłym roku, czas trwania
- brak pionizacji

Przesiadanie się: Czy potrafisz samodzielnie przesiąść się z wózka inwalidzkiego na krzesło?

- tak
- nie

Sprawność manualna: Czy potrafisz chwycić i puszczać przedmioty dłońmi?

- tak
- nie

Równowaga: Czy potrafisz utrzymać równowagę na siedząco bez podparcia?

- tak
- nie

Poruszanie się: W jaki sposób poruszasz się na co dzień?

- wózek inwalidzki
- wózek inwalidzki elektryczny
- inne

Dolegliwości lub schorzenia:

- złamania kończyn dolnych (kiedy?) TAK / NIE
- różnica w długości kończyn dolnych TAK / NIE
- niskie/ niestabilne ciśnienie krwi TAK / NIE
- zawroty głowy (jak często, w jakich sytuacjach?) TAK / NIE
- niekontrolowane ruchy kończyn dolnych TAK / NIE
- zasłabnięcia (kiedy ostatnio?) TAK / NIE
- obniżenie siły kończyn górnych TAK / NIE
- zaburzenia mowy / słuchu / wzroku TAK / NIE
- zaburzenia pamięci TAK / NIE
- choroby skóry (obrzęki, przeczulica, odleżyny) TAK / NIE
- kolostomia TAK / NIE
- osteoporoza TAK / NIE
- padaczka (jak często, ostatni epizod) TAK / NIE
- choroby naczyń krwionośnych (żylaki / zapalenie żył) TAK / NIE
- cukrzyca TAK / NIE
- choroba nowotworowa TAK / NIE
- choroba zakaźna TAK / NIE
- przebyta operacja (jaka? kiedy?) TAK / NIE
- ciąża TAK / NIE

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....