



FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

* Wypełnia lekarz rodzinny

ROZPOZNANIE wg ICD 10

/schorzenia zasadnicze oraz choroby współistniejące, przebyte operacje oraz zabiegi/

AKTUALNIE STOSOWANA FARMAKOTERAPIA

/leki: dawkowanie, czas trwania leczenia, ewentualne zalecenia/

UKŁAD KRAŻENIA

Wydolny

Niewydolny

Czynność serca

Miarowa

Niemiaraowa

Obecność kardiowertera / DBS i inne urządzenia elektroniczne /

TAK

NIE

Dodatkowe uwagi:

.....

.....

UKŁAD ODDECHOWY

Wydolny

Niewydolny

Tracheostomia

Respiratoterapia

Tlenoterapia

Dodatkowe uwagi:

.....

.....

UKŁAD POKARMOWY

W normie

Sonda

PEG

Zalecenia dotyczące żywienia/stosowana dieta:

.....

.....

.....

UKŁAD MOCZOWY

<input type="checkbox"/>	Funkcjonuje prawidłowo	Kontrola zwieraczy:	<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	Pieluchomajtki/Pampersy		<input type="checkbox"/>	NIE
<input type="checkbox"/>	Założony cewnik			

Rodzaj/Rozmiar.....

Data założenia/wymiany:.....

OCENA NEUROLOGICZNA

<input type="checkbox"/>	Pacjent świadomy	<input type="checkbox"/>	Pacjent nieświadomy		
<input type="checkbox"/>	Spokojny	<input type="checkbox"/>	Pobudzony	<input type="checkbox"/>	Bywa agresywny

Uwagi dodatkowe:

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

Przykurcze mięśniowe

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE

Występowanie odruchów patologicznych:

<input type="checkbox"/>	TAK
<input type="checkbox"/>	NIE



OCENA PACJENTA WG SKALI BARTHEL

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 - samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 - większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 - mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 - samodzielny.	
3.	Otrzymanie higieny osobistej 0 - potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny, 5 - częściowo potrzebuje pomocy, 10 - niezależny przy w dotarciu do WC oraz zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby.	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 - zależny, 5 - niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 - nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku, 5 - do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10 - spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 - niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 - zależny, nie jest samodzielny, 5 - potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 - samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 - zależny, 5 - potrzebuje częściowej pomocy, 10 - niezależny także w zapinaniu guzików, zamka sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydania, 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca, 10 - kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 - kontroluje oddawanie moczu.	
Wynik kwalifikacji:		

Skala:

I. 86 - 100 pkt. - stan pacjenta „lekki”

II. 21 – 85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki”

III. 0 – 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”