

do umowy nr .....

Nr ks. gł. ....

## HISTORIA CHOROBY PACJENTA

**Nazwisko i imię** ..... **PESEL** .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia (*właściwe podkreślić*)

data przyjęcia ..... data wypisu ..... liczba dni pobytu .....

nieobecności od ..... do ..... liczba dni nieobecności.....

liczba dni zabiegowych .....

**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat.....

choroby współistniejące ..... nr stat.....

..... nr stat.....

Wykształcenie .....

Zawód wykonywany ..... Zawód wyuczony .....

**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:**

Data badania:.....

Pomiar RR: .....

Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost .....



### Załącznik 3

<b>OCENA STANU NEUROLOGICZNEGO</b>	<b>Przy przyjęciu</b>
stan świadomości	
stabilność emocjonalna i psychiczna	
motywacja energia, kontrola zachowania	
sen – cykliczność, jakość i ilość snu	
widzenie (pole widzenia, ostrość, barwy)	
siła mięśni kończyny górnej prawej	
siła mięśni kończyny górnej lewej	
siła mięśni kończyny dolnej prawej	
siła mięśni kończyny dolnej lewej	
napięcie mięśni (wzmoczone – obniżone)	
objawy pozapiramidowe	
czucie	
równowaga	
zaburzenia mowy	
zespół zaniedbywania	
zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych	
inne (jakie)	
<b>OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA</b>	<b>Przy przyjęciu</b>
siła mięśni kończyny górnej prawej	
siła mięśni kończyny górnej lewej	
siła mięśni kończyny dolnej prawej	
siła mięśni kończyny dolnej lewej	
napięcie mięśni (wzmoczone – obniżone)	
równowaga	
czucie	
zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała	
chodzenie	
wzorzec chodu	
precyzyjne używanie ręki	
poruszanie się przy pomocy sprzętu (np. wózek inwalidzki)	
zakres, jakość i swoboda ruchów w stawach	
tolerancja wysiłku	

### Załącznik 3

inne (jakie)	
<b>OCENA PSYCHOLOGICZNA/NEUROPSYCHOLOGICZNA</b>	<b>Przy przyjęciu</b>
Stabilność emocjonalna i psychiczna	
Funkcje językowe (afazja)	
Komunikacja interpersonalna (inne zaburzenia niż afazja i dyzartria)	
Uwaga	
Pamięć	
Wyższa organizacja ruchu (apraksje)	
Percepcja (agnozje)	
Funkcje wykonawcze (programowanie i kontrola świadomych zachowań celowych)	
Funkcje wzrokowo-przestrzenne	
<b>OCENA LOGOPEDYCZNA</b>	<b>Przy przyjęciu</b>
Mowa - płynność i rytm (dyzartria)	
Połykanie	
Funkcje językowe (afazja)	

#### Cel rehabilitacji krótko- i długoterminowy

.....

.....

.....

.....

#### Zlecony program rehabilitacji

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### Załącznik 3

#### Ocena kliniczna przy wypisie:

Badanie przedmiotowe (*badanie przeprowadzane przez lekarza specjalistę z zakresu rehabilitacji*)

.....

.....

.....

Ocena:

0 = brak zaburzeń, 0-4%

1 = nieznaczne zaburzenia funkcji - 5-24% lub obecne przez mniej niż 25% czasu, nie wpływają zasadniczo na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych

2 = umiarkowane zaburzenia funkcji - 25-49% lub obecne przez mniej niż 50% czasu, wpływają na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych

3 = znaczne zaburzenia funkcji - 50-95% - lub obecne przez ponad 50% czasu, wyraźnie zakłócają codzienne funkcjonowanie

4 = skrajnie duże zaburzenia funkcji - 96-100% lub obecne przez ponad 95% czasu, uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie

9 = nie dotyczy

<b>OCENA STANU NEUROLOGICZNEGO</b>	<b>Przy wypisie</b>
stan świadomości	
stabilność emocjonalna i psychiczna	
motywacja energia, kontrola zachowania	
sen – cykliczność, jakość i ilość snu	
widzenie (pole widzenia, ostrość, barwy)	
siła mięśni kończyny górnej prawej	
siła mięśni kończyny górnej lewej	
siła mięśni kończyny dolnej prawej	
siła mięśni kończyny dolnej lewej	
napięcie mięśni (wzmoczone – obniżone)	
objawy pozapiramidowe	
czucie	
równowaga	
zaburzenia mowy	
zespół zaniedbywania	
zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych	
inne (jakie)	

### Załącznik 3

<b>OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA</b>	<b>Przy wypisie</b>
siła mięśni kończyny górnej prawej	
siła mięśni kończyny górnej lewej	
siła mięśni kończyny dolnej prawej	
siła mięśni kończyny dolnej lewej	
napięcie mięśni (wzmoczone – obniżone)	
równowaga	
czucie	
zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała	
chodzenie	
wzorec chodu	
precyzyjne używanie ręki	
poruszanie się przy pomocy sprzętu (np. wózek inwalidzki)	
zakres, jakość i swoboda ruchów w stawach	
tolerancja wysiłku	
inne (jakie)	
<b>OCENA PSYCHOLOGICZNA/NEUROPSYCHOLOGICZNA (wykonywana w przypadku stwierdzenia zaburzeń funkcji przy przyjęciu)</b>	<b>Przy wypisie</b>
Stabilność emocjonalna i psychiczna	
Funkcje językowe (afazja)	
Komunikacja interpersonalna (inne zaburzenia niż afazja i dyzartria)	
Uwaga	
Pamięć	
Wyższa organizacja ruchu (apraksje)	
Percepcja (agnozje)	
Funkcje wykonawcze (programowanie i kontrola świadomych zachowań celowych)	
Funkcje wzrokowo-przestrzenne	
<b>OCENA LOGOPEDYCZNA (wykonywana w przypadku stwierdzenia zaburzeń funkcji przy przyjęciu)</b>	<b>Przy wypisie</b>
Mowa - płynność i rytm (dyzartria)	
Połykanie	
Funkcje językowe (afazja)	

### Załącznik 3

#### Ocena stanu funkcjonalnego:

Test funkcjonalny	Badanie końcowe
Test „Wstań i Idź” (3 m)	
Skala Równowagi Berga	
Test 9 kołków (9 Hole Peg Test)	
ACEIII	
Inne (zwalidowane narzędzia diagnostyki układu ruchu dobranej adekwatnie do stwierdzanych deficytów motorycznych) - opcjonalnie	

#### Podsumowanie efektów rehabilitacji leczniczej *(opinia końcowa z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy)*

.....

.....

.....

#### Zalecenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce i data

Podpis lekarza prowadzącego

Podpis ordynatora /kierownika placówki