

.....
Pieczętka jednostki kierującej

.....
miejsowość, data

SKIEROWANIE DO
Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
w Inter.Med. Sp. z o.o.
34-311 Czernichów, ul. Strażacka 4 NIP 553-252-92-93
tel. 33 867 01 47, e-mail: czernichow@centrumadfinem.pl

Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Nr tel. kontaktowego	
Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację	
Kod ICD-10 choroby zasadniczej będącej powodem skierowania na rehabilitację	
- Data wypadku - Data leczenia operacyjnego - Data hospitalizacji	
Choroby współistniejące, dodatkowe informacje na temat stanu klinicznego z uwzględnieniem wydolności wysiłkowej	

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI	WARTOŚĆ PUNKTOWA
1.	<p>Spożywanie posiłków</p> <p>0= nie jest w stanie samo przelić, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię</p> <p>5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym</p> <p>10= samodzielny, niezależny</p>	
2.	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</p> <p>0= nie jest w stanie przemieszczać się. Nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu</p> <p>5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć</p> <p>10= samodzielny</p>	
3.	<p>Utrzymanie higieny osobistej</p> <p>0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych</p> <p>5= potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych</p> <p>10= samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami</p>	
4.	<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <p>0= nie korzysta w ogóle z toalety</p> <p>5= potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety</p> <p>10= samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby</p>	
5.	<p>Mycie i kąpiel całego ciała</p> <p>0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika</p> <p>5= wymaga pomocy</p> <p>10= samodzielny</p>	
6.	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</p> <p>0= w ogóle nie porusza się</p> <p>5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby</p> <p>10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego</p>	
7.	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach</p> <p>0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby</p> <p>5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji</p> <p>10= samodzielny</p>	
8.	<p>Ubieranie się i rozbieranie</p> <p>0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby</p> <p>5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby</p> <p>10= samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł</p>	
9.	<p>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</p> <p>0= nie panuje nad oddawaniem stolca</p> <p>5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec</p> <p>10= kontroluje oddawanie stolca</p>	
10.	<p>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</p> <p>0= nie panuje nad oddawaniem moczu</p> <p>5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz</p> <p>10= kontroluje oddawanie moczu</p>	
WYNIKI KWALIFIKACJI		

Skala Lovetta

0	Brak skurczu mięśnia.
1	Ślad skurczu mięśnia.
2	Wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążenia odcinka ruchomego.
3	Zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcina
4	Zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem
5	Prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem.

Właściwie zakreślić

Informacje dodatkowe

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			

.....
.....
Data, pieczęć, podpis lekarza kierującego

- * Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wydawane przez:
- lekarzy oddziałów szpitalnych
 - w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo- ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej

Do skierowania prosimy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą kody chorobowe na skierowaniu.