**KARTA KWALIFIKACJI MIESZKAŃCA**

Wystawiona dla osoby ubiegającej się o przyjęcie
do Poddębina Med. - Centrum Rehabilitacyjno – Opiekuńcze

Imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa czynności | wynik |
| 1.  | Spożywanie posiłków:0 - Nie jest w stanie samodzielnie jeść5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety10 – samodzielny, niezależny |  |
| 2. | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:0 – nie jest w stanie , nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5- wymaga pomocy, jednej lub dwóch osób10 – samodzielny  |  |
| 3. | Utrzymywanie higieny osobistej:0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu z zapewnionymi pomocami |  |
| 4. | Korzystanie z toalety / wc :0 – zależny5 – potrzebuje niewielkiej pomocy10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5.  | Mycie, kąpiel całego ciała:0 – zależny5 – niezależny |  |
| 6. | Wchodzenie i schodzenie po schodach:0 – nie jest w stanie5- potrzebuje pomocy10- samodzielny |  |
| 7.  | Ubieranie się i rozbieranie:0 – zależny5 – potrzebuje częściowej pomocy10 – niezależny ( zapina guziki, zamek błyskawiczny, wiąże sznurowadła) |  |
| 8. | Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatyw5- sporadycznie bezwiedne oddawanie stolca10 – kontroluje oddawanie stolca |  |
| 9.  | Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:0 – nie panuje nad oddawaniem moczu, lub jest cewnikowany5 – sporadycznie bezwiedne oddawanie moczu10 – kontroluje oddawanie moczu |  |
| 10. | Oddychanie wspomagane:0 – tak5 – nie zawsze10 – nie |  |
| 11.  | Rany przewlekłe:- odleżyny- rany cukrzycowe- inne niewymienione  | TAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 12. | Świadomość pacjenta:- świadomy- nieświadomy- świadomość przerywana | TAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 13. | Kontynuacja leczenia:- nie wymaga systematycznego podawania leków- wymaga podawania leków doustnych- wymaga podawania leków pozajelitowo- wymaga wykonywania dożylnych wlewów kroplowych i podawania leków do ZOP | TAK/NIETAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 14. | Porozumiewanie się:- zaburzenia w komunikowaniu się niewielkiego stopnia, używa języka migowego- utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny- znacznie zaburzony kontakt werbalny i niewerbalny- brak kontaktu | TAK/NIETAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 15. | Usprawnienie i rehabilitacja:- czynny i aktywny udział w rehabilitacji- czynny udział w rehabilitacji, ale wymaga ciągłej motywacji i zachęty- wymaga pomocy w wykonywaniu ćwiczeń usprawniających- brak czynnego udziału w rehabilitacji – usprawnianie bierne | TAK/NIETAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 16.  | Terapia zajęciowa: - czynny i aktywny udział w terapii zajęciowej- czynny udział w terapii zajęciowej, ale wymaga motywacji i aktywizacji- bierny udział w terapii zajęciowej, nie może brać udziału we wszystkich formach terapii | TAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 17. |  Stan psychospołeczny:- optymistyczne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności, mieszkaniec jest wsparciem dla innych- pozytywne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności- obojętność wobec stanu zdrowia wykazywana przez pacjenta i rodzinę ( brak współpracy)- negatywne nastawienie wobec choroby ( nawet wrogość w stosunku do siebie i innych) | TAK/NIETAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 18. | Samoopieka – samopielęgnacja:- ma wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację w zakresie sprawowania samoopieki- wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności i stworzenia warunków w zakresie sprawowania samoopieki- wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności, stworzenia warunków i wzbudzenie motywacji w zakresie samoopieki- brak zdolności do współpracy ze strony pacjenta | TAK/NIETAK/NIETAK/NIETAK/NIE |
| 19. | Wynik kwalifikacji i interpretacja wyników86-100 pkt. – stan pacjenta dobry21-85 pkt. – stan pacjenta średnio ciężki0-20 pkt. – stan pacjenta bardzo ciężki |  |

 ………………………………………………………………………

 Data i podpis