



FUNDACJA DZIECIOM „ZDAŻYĆ Z POMOCĄ”
Nr księgi: 000000178504
ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa
Ośrodki Rehabilitacji
Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”



Miejscowość

dnia

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

DANE PACJENTA

Nazwisko i imię:			
Data urodzenia:			
Płeć:	K	M	
Pesel:			
Numer ewidencyjny w Fundacji:			
Schorzenie:			
Nazwisko i imię opiekuna prawnego:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Adres zamieszkania:			
Czy pacjent jest ubezwłasnowolniony?	Tak	Nie	

PODSTAWOWE INFORMACJE O PACJENCIE

Wzrost (w cm):				
Waga (w kg):				
Język komunikacji z pacjentem:	polski	angielski	niemiecki	rosyjski
Inny. Jaki?				
Czy pacjent uczęszcza do szkoły?	Tak	Nie		
Jakiego rodzaju?				
Czy pacjent uczęszcza na warsztaty terapii zajęciowej/do ośrodka wsparcia dziennego?	Tak	Nie		



Czy pacjent posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?	Tak	Nie		
Jaki jest orzeczony stopień niepełnosprawności?	lekki	umiarkowany	znaczny	
Jaki jest okres ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?				
Czy pacjent posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	Tak	Nie		
Jaki jest okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności?				
Czy występuje u pacjenta niepełnosprawność intelektualna?	Tak	Nie		
Jaki jest stopień niepełnosprawności intelektualnej?	lekki	umiarkowany	znaczny	głęboki
Czy pacjent zmaga się z chorobą zakaźną (np. WZW B, WZW C, choroby skóry, inne)?	Tak	Nie		
Jaką?				
Czy u pacjenta występują choroby towarzyszące (np. nadciśnienie, cukrzyca, inne)?	Tak	Nie		
Jakie?				
Czy pacjent zmaga się / zmagał się z chorobą nowotworową?	Tak	Nie		
Jeśli tak, kiedy?				
Czy stwierdzono u pacjenta osteopenię/osteoporozę?	Tak	Nie		
Czy pacjent jest lub kiedykolwiek był pod opieką psychiatry?	Tak	Nie		
Jaka jest diagnoza psychiatryczna?				
Czy pacjent choruje na padaczkę?	Tak	Nie		
Kiedy wystąpił ostatni epizod padaczkowy?				
Jaka jest częstotliwość występowania napadów padaczkowych?				
Jakie bodźce wywołują napady padaczkowe?				
Czy pacjent zgłasza dolegliwości bólowe?	Tak	Nie		
Jakie?				
Czy u pacjenta występują alergie?	Tak	Nie		
Jakie?				
Czy występuje alergia na lateks?	Tak	Nie		
Czy pacjent przyjmuje leki na stałe?	Tak	Nie		
Jakie?				



Czy pacjent miał w ciągu ostatniego roku przeprowadzoną operację?	Tak	Nie
Jaką?		
Czy pacjent ma zaplanowaną operację?	Tak	Nie
Jeśli tak, jaką? Kiedy?		
Czy pacjent ma wszczepione zastawki?	Tak	Nie
Jakie? Gdzie?		

STAN FIZYCZNEGO FUNKCJONOWANIA PACJENTA

Czy pacjent potrafi samodzielnie trzymać głowę?	Tak	Nie	
Czy pacjent potrafi samodzielnie siedzieć?	Tak	Nie	
Czy pacjent potrafi samodzielnie stać?	Tak	Nie	
Czy pacjent potrafi samodzielnie się przemieszczać?	Tak	Nie	
W jaki sposób?			
Czy pacjent potrafi samodzielnie chodzić?	Tak	Nie	
Czy pacjent korzysta z pomocy medycznych, takich jak:			
balkonik	trójnogi	kule	wózek inwalidzki
Czy u pacjenta występują zaburzenia przełykania?	Tak	Nie	
Czy było wykonywane badanie fluoroskopowe?	Tak	Nie	
Czy pacjent potrafi samodzielnie spożywać posiłki?	Tak	Nie	
Czy u pacjenta występuje nadmierne ślinienie?	Tak	Nie	
Czy pacjent jest w stanie trzymać w rękach przedmioty?	Tak	Nie	
Czy pacjent potrafi samodzielnie się ubierać?	Tak	Nie	
Czy u pacjenta występują zaburzenia wzroku?	Tak	Nie	
Jakiego typu?			
Czy u pacjenta występują zaburzenia słuchu?	Tak	Nie	
Jakiego typu?			

UMIEJĘTNOŚCI POZNAWCZE I SPOŁECZNE PACJENTA

Czy pacjent potrafi utrzymać kontakt wzrokowy z rozmówcą?	Tak	Nie
---	-----	-----



Czy u pacjenta zaobserwowano zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej?	Tak	Nie
Czy pacjent lubi pracować przy biurku?	Tak	Nie
Czy pacjent komunikuje się werbalnie (słownie)?	Tak	Nie
Czy u pacjenta występują zaburzenia mowy?	Tak	Nie
Jakiego typu?		
Czy u pacjenta występuje mowa spontaniczna? (tzn. potrafi aktywnie uczestniczyć w dialogu z drugą osobą)		
Tak	Nie	
W jaki sposób pacjent komunikuje się na co dzień (w domu/szkole)?		
Czy pacjent potrafi układać wyrazy w zdanie?	Tak	Nie
Czy pacjent komunikuje się niewerbalnie? (np. gesty, symbole, narzędzia AAC)	Tak	Nie
Jak?		
Czy pacjent reaguje na własne imię?	Tak	Nie
Czy pacjent potrafi wykonać proste polecenia?	Tak	Nie
Czy pacjent nawiązuje relacje z innymi?	Tak	Nie
Czy pacjent może samodzielnie uczestniczyć w terapii?	Tak	Nie
Czy pacjent potrafi współpracować z terapeutą?	Tak	Nie
Jak pacjent reaguje na zmiany w otoczeniu?		

ZACHOWANIE PACJENTA

Czy pacjent przejawia agresję w stosunku do innych ludzi?	Tak	Nie
Co ją wywołuje?		
Czy pacjent przejawia zachowania autoagresywne?	Tak	Nie
Co je wywołuje?		
Czy u pacjenta występuje nadpobudliwość psychoruchowa?	Tak	Nie
Czy pacjent w jakiś sposób się autostymuluje?	Tak	Nie
Czy u pacjenta występują napady złości i rozdrażnienia?	Tak	Nie



STAN UKŁADU RUCHU PACJENTA

Czy u pacjenta występują deformacje kostno-stawowe?	Tak	Nie		
Czy u pacjenta występują przykurcze mięśniowe?	Tak	Nie		
Czy u pacjenta występuje problem ze stawami biodrowymi?	Tak	Nie		
Jaki?				
Czy było wykonywane zdjęcie RTG stawów biodrowych?	Tak	Nie		
Kiedy?				
Czy był przeprowadzony u pacjenta zabieg chirurgiczny na ścięgnach?	Tak	Nie		
Czy pacjent miał zastosowane gipsowe odlewy hamujące na kończynach dolnych?	Tak	Nie		
Czy pacjent korzysta z zaopatrzenia ortopedycznego (można zaznaczyć kilka opcji)?				
gorset	orteza na kończyny dolne	orteza na kończyny górne	łuski	proteza kończyny
Inne, jakie?				
Czy pacjent korzysta w domu z takich sprzętów jak:	pionizator	siedzisko		
Czy podczas turnusu chcielibyście skorzystać z konsultacji z zakresu doboru specjalistycznego sprzętu medycznego? (usługa dodatkowo płatna)				
Tak				
Nie				
Jakiego?				
Czy podczas pobytu w hostelu ośrodka potrzebuje Pan/Pani wsparcia w postaci produktów likwidacji barier (podnośnik przejezdny, naścienny, fotelik do wanny, krzesło toaletowo-prysznicowe)?				
Tak				
Nie				
Jakie?				
Czy posiadają Państwo takie produkty i umiejętności ich obsługi?	Tak	Nie		
Czy pacjent przeszedł zabieg fibrotomii?	Tak	Nie		
Czy pacjent ma wszczepioną pompę baklofenową?	Tak	Nie		
Czy pacjent miał przeprowadzony zabieg selektywnej tylnej rizotomii?	Tak	Nie		
Czy pacjent ma w ciele implanty?	Tak	Nie		
Jakie?				



UCZESTNICTWO PACJENTA W TERAPII

Czy pacjent korzysta z terapii psychologicznej?	Tak	Nie
Z jaką częstotliwością?		
Czy pacjent korzysta z integracji sensorycznej?	Tak	Nie
Z jaką częstotliwością?		
Czy pacjent posiada diagnozę integracji sensorycznej?	Tak	Nie
Czy pacjent korzysta z terapii logopedycznej?	Tak	Nie
Z jaką częstotliwością?		
Czy pacjent korzysta z terapii ruchowej?	Tak	Nie
Z jaką częstotliwością?		
Czy pacjent korzysta z terapii EEG Biofeedback?	Tak	Nie
Od kiedy?	Z jaką częstotliwością?	
Czy pacjent miał przeprowadzone badanie QEEG (ilościowe badanie EEG) w ramach terapii?	Tak	Nie

Uwaga! W przypadku:

- występowania (obecnie lub w przeszłości) epilepsji, epizodów epileptycznych, chorób o podłożu neurologicznym, warunkiem koniecznym do uczestnictwa w terapii EEG Biofeedback jest dostarczenie zaświadczenia o braku przeciwwskazań od lekarza prowadzącego;
- deklaracji uczestnictwa w terapii Mikropolarizacja tDCS konieczne jest dostarczenie zaświadczenia o braku przeciwwskazań od lekarza prowadzącego.

Prosimy pamiętać o zabraniu na pierwszą wizytę kompletnej dokumentacji medycznej (historia choroby, wypisy, opinie, aktualne wyniki badań, lista leków).

Jakie są Państwa oczekiwania wobec rehabilitacji?



Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.

Prosimy odesłać Kwestionariusz na adres: zapisy@osrodekemicus.pl

Administratorem danych osobowych jest Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”. Prosimy o zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej znajdującej się w § 15 Regulaminu organizacyjnego Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”.

CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA USTAWOWEGO (JEŚLI FORMULARZ JEST W WERSJI PAPIEROWEJ)