



INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII

ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

II KLINIKA NEUROLOGICZNA

ul. Sobieskiego 9
02-957 WARSZAWA

tel. 22 45 82 820
fax. 22 84 22 634

ZGŁOSZENIE

CELEM WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA

W ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

1. Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL:

Miejsce zamieszkania

Uzasadnienie skierowania (*cel rehabilitacji*)

.....

Telefon do kontaktu.....

2. Dane kliniczne:

a) Rozpoznanie kliniczne (*schorzenie zasadnicze i choroby współistniejące*)

.....

.....

b) Data zachorowania / urazu

c) Stan świadomości wg GCS punktów

d) Odchylenia w badaniu neurologicznym

.....

.....

.....

.....

e) Ocena wydolności układu sercowo – naczyniowego wg NYHA

.....

.....

Wynik EKG (*należy załączyć z opisem*)

RR

Tętno

f) Ocena wydolności układu oddechowego (czy wymaga zastosowania tlenoterapii biernej, oddechu wspomaganego lub zastępczego – opisać i uzasadnić)

.....
.....

g) Stan narządu ruchu: (zakreślić i opisać jeśli obecne)

przykurcze - TAK NIE

.....
zaniki mięśniowe - TAK NIE

.....
h) Objawy zakażenia (uzupełnić):

Stany gorączkowe w ostatnich 2 tygodniach - TAK NIE

CRP.....

Odchylenia w badaniu morfologii krwi.....

Badanie ogólne moczu.....

Posiew moczu

RTG płuc

i) Stan skóry:

Odleżyny: TAK NIE

Lokalizacja

Stopień zaawansowania:

Inne rany:

W razie obecności odleżyn/ran – posiew materiału pobranego z odleżyn/rany.....

.....

j) Obecność rurki tracheotomijnej, cewników, drenów, PEG i in. (właściwe wpisać)

.....

.....

W razie obecności w razie obecności rurki tracheotomijnej – posiew wydzieliny z drzewa oskrzelowego.....

k) Aktualnie stosowane leczenie farmakologiczne.....

l) Kategoria opieki pielęgniarskiej: I, II, III, IV (*właściwe zakreślić*).

Uzasadnienie:

ł) Ocena wydolności opiekuńczej rodziny

.....
Data sporządzenia skierowania

.....
Pieczątka i podpis lekarza kierującego

Objaśnienia:

- **Bezwzględnym wymogiem jest załączenie wyników badań laboratoryjnych – wykonanych maksymalnie do 7 dni przed sporządzeniem skierowania**
- **Warunkiem przyjęcia dokumentacji do kwalifikacji jest wypełnienie wszystkich powyższych punktów oraz dołączenie wyników badań mikrobiologicznych i epikryzy z ostatnich hospitalizacji**