



Załącznik nr 5

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

ANKIETA WSTĘPNA

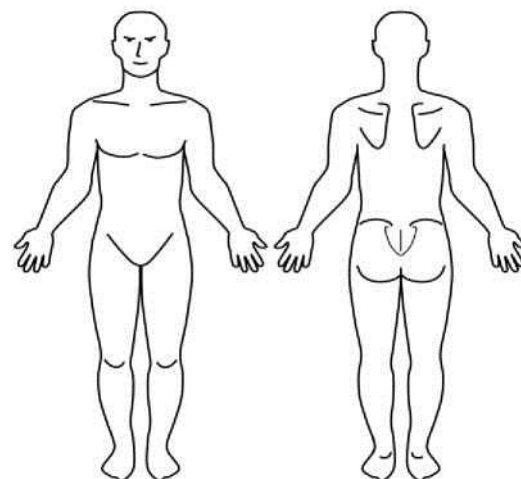
Prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji w projekcie pn. „Lubuskie sprawne i aktywne zawodowo - program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez NZOZ Szpital im. dr. n. med. Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie” nr RPLB.06.07.00-08-0008/19, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga rehabilitacji oraz związanych z nim dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko uczestnika: **2. Wiek**

3. Jestem osobą *): pracującą (wykonywana praca (zawód):)
 bezrobotną (od jak dawna? - w latach:)

4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pani/Pana **główne** dolegliwości, z jakimi zgłosiła się Pani/Pan na rehabilitację w ramach Programu (jeśli jest więcej takich miejsc, proszę zaznaczyć **maksymalnie dwa najważniejsze**).
Proszę również zaznaczyć te miejsca na rysunku obok.



Miejsce moich dolegliwości:

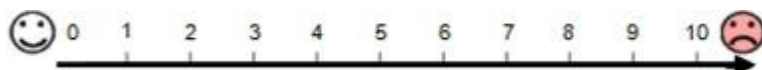
.....

Czas trwania dolegliwości: miesięcy/lat**)

Nasilenie dolegliwości.

Proszę zaznaczyć/podać intensywność bólu używając umownej skali

0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania:



(proszę zaznaczyć na ilustracji miejsce bólu)

5. Zaburzenia funkcji. Poniższe pytanie pozwoli dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym

Ubieranie się i dbanie o wygląd

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?

umyć się samodzielnie?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolny do zrobienia

Punkty
(wypełnia realizator)

.....

.....

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

**) Niepotrzebne skreślić



Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

Wstawanie	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:				
wstać z krzesła bez poręczy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
położyć się do łóżka i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

Jedzenie	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:				
pokroić mięso na talerzu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
podnieść pełną szklankę do ust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otworzyć nowy karton mleka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chodzenie	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:				
chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wejść po pięciu schodach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Higiena	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:				
umyć się i wytrzeć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykąpać się w wannie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sięganie	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:				
sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chwywanie	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:				
otworzyć drzwi w samochodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

Czynności różne	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty <i>(wypełnia realizator)</i>
Czy był(a) Pan/Pani w stanie: załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wsiąść do samochodu i wysiąść?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykonywać prace domowe np.: odkurzanie, prace w ogrodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Łącznie:				

6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację

1). Aktualnie zażywam **leki**: przeciwbólowe rozluźniające nasenne
 inne leki nie zażywam leków

2). Korzystałam/em z **rehabilitacji**: ostatni raz miesięcy temu
 nie korzystałam/em

3). Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie?
 TAK NIE

Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy?
 TAK NIE

7. Aktywność fizyczna

Czy uprawiasz **regularnie** jakiś sport (rekreacyjnie)?: TAK NIE

Jeśli TAK, to jaki?

Jak często? razy w tygodniu/miesiącu rzadziej

Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? minut/godzin

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!