



**Załącznik nr 13**

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**ANKIETA KOŃCOWA**

Ponownie prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety – tym razem końcowej. Na tej podstawie będziemy mogli ocenić efekty Pani/Pana rehabilitacji w projekcie pn. „**Sprawni i aktywni zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.**” nr RPLB.06.07.00-08-0007/19, co pozwoli nam w przyszłości na lepsze dopasowanie postępowania terapeutycznego do potrzeb naszych pacjentów. Prosimy szczególnie odnieść się do aktualnych dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki: ..... 2. Wiek .....

**3. 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: .....

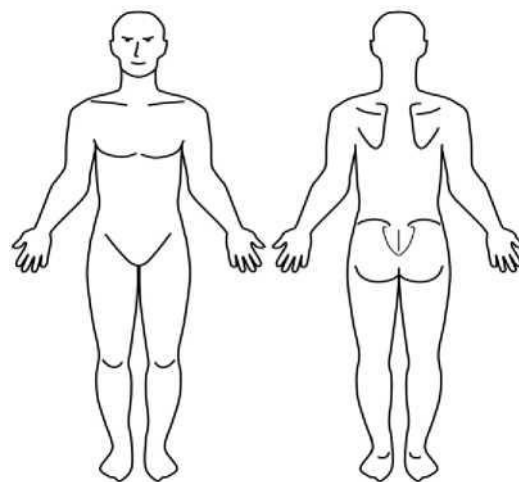
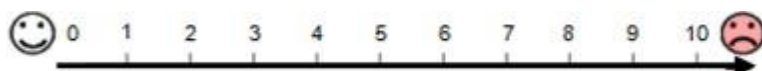
.....

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:



4. Po rehabilitacji **osobiście czuję się:**  lepiej  gorzej  bez zmian

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?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolny do zrobienia





umyć się samodzielnie?





**Wstawanie**

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

wstać z krzesła bez poręczy?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolny do zrobienia





położyć się do łóżka i wstać?





**Punkty**  
(wypełnia realizator)

.....

.....

.....

.....

\*\* ) Niepotrzebne skreślić



Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<b>Jedzenie</b>				
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"/>
<b>Chodzenie</b>				
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"/>
<b>Higiena</b>				
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"/>
<b>Sięganie</b>				
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"/>
<b>Chwywanie</b>				
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
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.: odkurzenie, prace w ogrodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>Łącznie:</b> .....

**6. Aktualne leczenie** *(dotyczy problemu zdrowotnego, z którym Pani/Pan zgłosił/a się na rehabilitację)*

Zażywam leki:  przeciwbólowe     rozluźniające     nasenne  
 inne leki .....     nie zażywam leków

Dzięki rehabilitacji możliwe było:

odstawienie leków     zmniejszenie leków     bez zmian

**7. Aktywność fizyczna**

Aktualnie, w porównaniu ze stanem przed rehabilitacją, uprawiam sport rekreacyjny:

częściej     rzadziej    (..... razy w tygodniu/miesiącu)     bez zmian

**8. Aktywność zawodowa**

Udział w Programie rehabilitacji pozwolił mi na:

podjęcie/powrót do pracy     bez zmian

**9. Nabyte umiejętności i wiedza w zakresie zapobiegania nawrotom problemu zdrowotnego**

Dzięki informacjom uzyskanym w trakcie rehabilitacji nauczyłam/em się jak zapobiegać nawrotom dolegliwości oraz wykonywać pracę i czynności codziennie w sposób ergonomiczny:

TAK     NIE

Pomocna w tym zakresie była:

porada rehabilitacyjna     porada medycyny pracy     szkolenie

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety !**