

FORMULARZ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZESTNIKA

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL: Data urodzenia:

Nr. telefonu:..... E-mail:.....

Część A - DANE MEDYCZNO-REHABILITACYJNE

1. Rozpoznanie:

.....

2. **Niesamodzielność:** TAK / NIE - zaświadczenie lekarskie: TAK / NIE

3. **Niepełnosprawność:** TAK / NIE - dostarczono orzeczenie: TAK / NIE

Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM	
<input type="checkbox"/>	05 - R - narząd ruchu
<input type="checkbox"/>	04 - O - narząd wzroku
<input type="checkbox"/>	03 - L - zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/>	01 - U - upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/>	07 - S - choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/>	10 - N - choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/>	09 - M - choroby układu moczowo-płciowego
<input type="checkbox"/>	02 - P - choroby psychiczne
<input type="checkbox"/>	06- E - epilepsja
<input type="checkbox"/>	08 - T - choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/>	12 - C - całkowite zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/>	11 - I - inne
<input type="checkbox"/>	w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności

4. Choroby współwystępujące:

.....
.....
.....
.....

5. Środki farmakologiczne regularnie przyjmowane:

Lp.	Nazwa lekarstwa	Dawkowanie		
		Rano	Południe	Wieczorem
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Osoba do kontaktu w sprawie zażywania leków:

Imię i nazwisko: Tel.

6. Dodatkowe leki:

.....
.....

7. Istotne zabiegi medyczne i rehabilitacyjne:

Rok	Rodzaj zabiegu	Rok	Rodzaj zabiegu

8. Potencjalne występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości: TAK / NIE

9. Postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego lub innej dolegliwości:

Rodzaj dolegliwości	Opis postępowania

10. Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:

.....
.....
.....

11. Inne istotne informacje (np. sygnalizuje potrzeby fizjologiczne, skłonność do agresji, skłonność do oddalania się, zachowania, na które należy zwrócić uwagę itp.):

.....
.....
.....
.....

12. Osoby do kontaktu w sytuacji kryzysowej (minimum 2 osoby):

Imię i nazwisko	Nr telefonu	Stopień relacji
1.		
2.		

Część B – SYTUACJA PRAWNA

1. Ubezważnowolnienie: TAK / NIE - Całkowicie - Częściowo

- W przypadku ubeważnowolnienia – opiekun prawny:.....
Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego

Część C – SYTUACJA ŻYCIOWA / OCENA STOPNIA NIESAMODZIELNOŚCI

1. Opis stanu życiowego Uczestnika / ważnych wydarzeń życiowych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. OCENA STOPNIA NIESAMODZIELNOŚCI (Skala I-ADL według Lawtona)

Oceniany parametr	Bez pomocy (3 punkty)	Z niewielką pomocą (2 punkty)	Zupełnie nie jestem w stanie (1 punkt)
1. Czy potrafisz korzystać z telefonu?			
2. Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległość spaceru?			
3. Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?			
4. Czy może samodzielnie przygotować sobie posiłki?			
5. Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe?			
6. Czy możesz samodzielnie dokonywać napraw w domu/wyprać swoje rzeczy?			
7. Czy samodzielnie przyjmujesz leki?			
8. Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?			

Interpretacja: bezwzględna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, zmniejszenie tej liczby w czasie świadczy o pogorszenie się stanu ogólnego. Max 24 pkt.

WYNIK:

3. Opiekun Faktyczny Uczestnika (minimum 1 osoba):

Imię i nazwisko	Nr telefonu	Stopień relacji
1.		
2.		

Część D - INFORMACJE POMOCNE W KORZYSTANIU ZE WSPARCIA W DZIENNYM DOMU

POMOCY

1. Wymagania co do zapewnienia dziennej opieki (odpowiednie zakreślić):

Potrzuje pomocy przy wstawaniu/siadaniu	TAK	NIE
Potrzuje pomocy przy korzystaniu z toalety	TAK	NIE
Potrzuje pomocy przy spożywaniu posiłków	TAK	NIE
Potrzuje pomocy przy przyjmowaniu leków	TAK	NIE
Potrzuje rozdrabniania/ miksowania pokarmów	TAK	NIE
Potrzuje pomocy przy pokonywaniu dłuższych tras:	TAK	NIE
- przy użyciu wózka inwalidzkiego	TAK	NIE
- przy użyciu balkonika	TAK	NIE

2. Kandydat korzysta z (odpowiednie zakreślić):

Okulary	TAK	NIE
Aparat słuchowy	TAK	NIE
Laska	TAK	NIE
Balkonik	TAK	NIE
Wózek inwalidzki	TAK	NIE
Program komputerowy powiększający, mówiący	TAK	NIE
Materiały pisemne pisane alfabetem Braille'a	TAK	NIE
Materiały pisemne w druku powiększonym	TAK	NIE
Dostosowanie akustyczne (systemy wspomagające słyszenie)	TAK	NIE
Pomoc w czytaniu, pisaniu	TAK	NIE
Asystent osoby z niepełnosprawnością	TAK	NIE
Tłumacz języka migowego lub tłumacz - przewodnik	TAK	NIE
Inne (proszę wymienić):		

3. Alergie:

Jedzenie	
Leki	
Inne	

4. Rodzaj diety (odpowiednie zakreślić):

zwykła	TAK	NIE
cukrzycowa	TAK	NIE
wegetariańska	TAK	NIE
Inna:		

5. Dojazd:

Uczestnik skorzysta z dowozu/dojazdu samochodem	TAK	NIE
Uczestnik będzie dojeżdżał komunikacją	TAK	NIE
Linia komunikacji: Przystanek początkowy (dom) :..... Przystanek końcowy (DDP):..... Godzina: rano:..... / popołudniu:.....		
Uczestnik dojedzie innymi środkami transportu:	TAK	NIE
Jeżeli TAK, jakimi:		
Uczestnik dotrze pieszo	TAK	NIE
Samodzielność w zakresie docierania do DDP i powrotu do miejsca zamieszkania - Uczestnik może samodzielnie opuścić DDP	TAK	NIE
Jeżeli NIE, to może być dowożony i odbierany przez:		
1., tel. Imię i nazwisko, stopień relacji		
2., tel. Imię i nazwisko, stopień relacji		

▪ **Inne Informacje:**

.....

.....

.....

Część E – WYKSZTAŁCENIE, ZAINTERESOWANIA, HOBBY

Ukończone szkoły	
Ukończone kierunki/ wyuczony zawód	
Wykonywany zawód/miejsce pracy	
Inne aktywności związane z pracą	
Miejsce pochodzenia	
Pasje, hobby, Sposób spędzania wolnego czasu	
Ulubione gatunki muzyczne i wykonawcy	
Takiej muzyki i wykonawców unikam	
Ulubione filmy, aktorzy	

Ulubione książki, autorzy	
Ulubione dania, przekąski, potrawy, napoje	
Takich potraw, napojów unikam	
Co lubię robić w ciągu dnia, kiedy wolę aktywność, kiedy odpoczywać	
Czy w ciągu dnia potrzebuję drzemki? W jakim czasie?	
Moi rodzice imiona	
Moje rodzeństwo Imiona/zawód miejsce zamieszkania	
Nazwiska dobrych znajomych, o ile są znane	
Inne ważne informacje	

<i>Data i podpis pracownika DDP</i>	<i>Data i podpis uczestnika/ opiekuna prawnego uczestnika</i>
-------------------------------------	---