A N K I E T A - test funkcjonalny i badanie neurologiczne

Nazwisko i imię: ….....

Adres: …...-..... ….....

ul. ….....

Telefon (ew. inny kontakt)**:** ..... **rok urodzenia** ….....

CZĘŚĆ I

WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O PRZYJĘCIE DO OŚRODKA

(Prosimy o uważne przeczytanie ankiety. Rzetelne informacje pozwolą dobrze zaplanować Pana(i) pobyt na turnusie rehabilitacyjnym.

Odpowiedzi prosimy oznaczać zakreślając odpowiedni kwadrat □**.)**

1. **Od kiedy Pan(i) choruje na stwardnienie rozsiane? Prosimy podać rok** ….....
2. **Czy pracuje Pan(i) zawodowo?**

   □ tak □ nie grupa KIZ …..... □ mam rentę inwalidzką od …..... roku
3. **Czy potrzebuje Pan(i) pomocy w łóżku ?**

   □ przy przewracaniu z boku na bok

   □ przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą

   □ przy niektórych innych zmianach pozycji - prosimy podać jakich

---

4. **Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy przemieszczaniu się?**

   - z łóżka na wózek:

   □ tak, zawsze □ tak, czasami □ nie

   - z wózka na łóżko:

   □ tak, zawsze □ tak, czasami □ nie

   - z wózka na sedes:

   □ tak, zawsze □ tak, czasami □ nie

   □ **jestem w tych wszystkich czynnościach samodzielny(a)**
5. **Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy myciu i higienie osobistej?**

   □ potrzebuję całkowitej pomocy

   □ potrzebuję pomocy przy takich czynnościach jak: (prosimy wymienić kilka)

   □ nie potrzebuję żadnej pomocy
6. **Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy posiłkach?**

   □ tak, całkowitej pomocy

   □ nie potrzebuję żadnej pomocy

   □ pomocy częściowej, przy takich czynnościach jak:

   ….....

7. **Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy ubieraniu?**

- dolnej połowy ciała:

☐ potrzebuję całkowitej pomocy

☐ potrzebuję częściowej pomocy

☐ nie potrzebuję żadnej pomocy

- górnej połowy ciała:

☐ potrzebuję całkowitej pomocy

☐ potrzebuję częściowej pomocy

☐ nie potrzebuję żadnej pomocy

8. **Czy może Pan(i):**

- chodzić całkiem samodzielnie ?

☐ tak, mogę przejść dystans około …..... metrów

☐ nie

- chodzić przy pomocy ?

☐ kul ☐ balkonika ☐ laski ☐ drugiej osoby

mogę przejść dystans około …..... metrów

- stać ?

☐ samodzielnie ☐ przy pomocy kul, balkonika, trzymając się poręczy

☐ podtrzymywany(a) przez drugą osobę ☐ nie mogę w ogóle stać

- siedzieć ?

☐ tak ☐ mogę jedynie leżeć

9. **W domu poruszam się przy pomocy:**

☐ wózka ☐ balkonika ☐ kul ☐ laski

☐ w inny sposób - jaki ? ….....

….....

10. **Poza domem poruszam się przy pomocy:**

☐ wózka ☐ balkonika ☐ kul ☐ laski

☐ w inny sposób – jaki ….....

….....

11. **Praktycznie nie opuszczam mieszkania z następujących powodów:**

….....

….....

….....

12. **Czy ma Pan(i) odleżyny?**

☐ tak ☐ nie

13. **Czy ma Pan(i) kłopoty z czynnościami fizjologicznymi?**

☐ mam stale ☐ mam czasami ☐ nie mam żadnych

14. **Używam cewnika:**

☐ cały czas ☐ okresowo ☐ nie używam

15. **Używam pieluch:**

☐ codziennie ☐ czasami ☐ nie używam

16. **Czy ma Pan(i) kłopoty:**

- z pamięcią:

☐ tak, duże ☐ tak, czasami ☐ nie mam

- ze słuchem:

☐ tak, duże ☐ tak, czasami ☐ nie mam

- ze wzrokiem:

☐ tak duże ☐ tak, czasami ☐ nie mam

- z mówieniem:

☐ tak duże ☐ tak, nieznaczne ☐ tak, czasami ☐ nie mam

17. **Istotne informacje, które chciałaby (chciałby) Pan(i) przekazać:**

….....

….....

…….

Data wypełnienia ankiety: …..... Podpis ….....

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY (neurolog)

Skrócony odpis historii choroby chorego na SM

WYWIAD

(początek, pierwsze objawy, przebieg choroby, pobyt w szpitalach, schorzenia współistniejące ze szczególnym uwzględnieniem chorób mających wpływ na rehabilitację, np. choroby układu krążenia, odleżyny, choroby skóry, choroby zakaźne, gruźlica, inne choroby, przyjmowane leki)

Postać choroby (w zależności od przebiegu, odpowiednie skreślić - x)

1. **zwalniająca** (okresy rzutów i remisji) ☐
2. **złożona** (po okresie rzutów i remisji, przebieg powoli postępujący) ☐
3. **pierwotnie powoli postępująca** ☐
4. **ostra** ☐

Aktualny stan przedmiotowy (przy odruchach prosimy stosować następujące oznaczenia: 0 - brak, +- osłabiony, + prawidłowy, ++ wygórowany, asymetria , np.P>L)

Zaburzenia widzenia

Objawy móżdżkowe

Oczopląs ….....

Zaburzenia mowy ….....

Próba palec – nos ….....

Drżenie zamiarowe ….....

Diadochokineza ….....

Próba pięta – kolano ….....

Próba Romberga ….....

Kończyny górne i dolne

Ruchy bierne

Ruchy czynne

Napięcie mięśniowe

Siła mięśniowa

Odruchy fizjologiczne:

ze ścięgna mięśnia dwugłowego P L

ze ścięgna mięśnia trójgłowego P L

promieniowe P L kolanowe P L skokowe P L podeszwowe P L

Odruchy patologiczne: Babińskiego P L Rossolimo P L

Czucie powierzchowne

Czucie głębokie

Tułów:

odruchy brzuszne P L

czucie powierzchowne

Chód

Zab. fizjologiczne (mocz, stolec)

Stan psychiczny (np. zaburzenia nastroju, zespół psychoorganiczny)

Sprawność ruchowa (odpowiednie zakreślić - x)

Przechodzi samodzielnie dowolną ilość metrów

Przechodzi samodzielnie ponad 500 metrów

Przechodzi samodzielnie 300 - 500 metrów

Przechodzi samodzielnie 200 - 300 metrów

Przechodzi samodzielnie 100 - 200 metrów

Przechodzi samodzielnie do 100 metrów

Porusza się z pomocą lub jedną podpórką

Porusza się z pomocą lub dwiema podpórkami na odległości 20 metrów

Porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego, zdolny do samodzielnego wejścia i zejścia z wózka

Porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego, niezdolny do samodzielnego zajęcia miejsca w wózku

Leży z zachowanymi czynnościami do samoobsługi

Leży z częściową samoobsługą

Leży wymagający stałej opieki

Data ....

Podpis i pieczęć lekarza