ANKIETA
TEST FUNKCJONALNY I BADANIE NEUROLOGICZNE

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon, adres e-mail lub 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 rehabilitacji. 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
   ☐ mam rentę inwalidzką od roku _____ grupa KIZ _____
3. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy leżąc w łóżku przy:
   ☐ przewracaniu się z boku na bok
   ☐ zmianie pozycji z leżącej na siedzącą
   ☐ innych zmianach pozycji (napisz 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 się i higienie osobistej?
   ☐ tak, potrzebuję całkowitej pomocy
   ☐ potrzebuję pomocy przy takich czynnościach jak: (prosimy wymienić)

   ☐ nie potrzebuję żadnej pomocy

6. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy posiłkach?
   ☐ tak, potrzebuję całkowitej pomocy
   ☐ potrzebuję pomocy przy takich czynnościach jak: (prosimy wymienić)

   ☐ nie potrzebuję żadnej pomocy

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
    Jakiego rodzaju:

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 dotyczące Twojego stanu zdrowia, które chciałby Pan(i) nam przekazać:

data wypełnienia ankiety

podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Ośrodka

Część II – WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY (neurolog)

Odpowiedzi prosimy oznaczać zakreślając odpowiedni kwadrat ☐

Skrócony opis 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)

☐ zwalniająca (okresy rzutów i remisji)

☐ złożona (po okresie rzutów i remisji, przebieg powoli postępujący)

☐ pierwotnie powoli postępująca

☐ ostra

Aktualny stan przedmiotowy

Zaburzenia widzenia

Objawy móżdżkowe

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

Chód

Zaburzenia fizjologiczne (mocz stolec):

Stan psychiczny (np. zaburzenia nastroju, zespół psychoorganiczny):

Sprawność ruchowa:

☐ 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 wypełnienia ankiety

podpis i pieczątka lekarza