



SP ZOZ MSWiA
Centrum Rehabilitacji
w Górnem

ZLECENIE LEKARSKIE

Lekarz kierujący:

Oddział:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres:

Numer telefonu:

Rozpoznanie ICD 10:

Planowana data wypisu:

Planowana data przyjęcia:

Niedowład:	KGP	KGL	KDP	KDL
------------	-----	-----	-----	-----

Poruszanie:	Chód samodzielny	Balkonik	Kule
	Wózek	Leżący	

Wymaga pomocy w:	Ubiór	Kąpiel	Toaleta
	Karmienie	Nie wymaga	

Barthel (skala 1 – 20)	do 14 pkt.	powyżej 14 pkt.
-------------------------------	------------	-----------------

Uwaga! Każdy pacjent oceniony w skali Barthel na mniej niż 14 punktów przechodzi w dniu planowanego przyjęcia kwalifikację lekarską. W przypadku niespełniania kryteriów kwalifikujących do rehabilitacji, pacjent nie zostanie przyjęty. Dalszą opiekę nad pacjentem przejmuje rodzina.

Wydolność krążenia:	TAK	NIE
---------------------	-----	-----

*PEG:	TAK	NIE
-------	-----	-----

***W przypadku karmienia przez PEG prosimy o wypełnienie karty kwalifikacji do leczenia żywieniowego oraz przesłanie skanu.**

Cewnik:	TAK	NIE
Tracheostomia:	TAK	NIE
Odleżyny:	TAK	NIE
Rany:	TAK	NIE
Padaczka:	TAK	NIE
Terapia neurologopedyczna:	TAK	NIE
Zaburzenia snu:	TAK	NIE
Niepokój Psychoruchowy:	TAK	NIE
Spełnianie poleceń:	TAK	NIE
Zaburzenia poznawcze:	TAK	NIE
*Konsultacja Psychiatryczna:	TAK	NIE

*Jeżeli TAK, prosimy o załączenie skanu konsultacji.

!! ***Patogeny:** TAK NIE

*Jeśli TAK to jakie:

RSA	VRE	ESBL	KPC	NDM
MBL	OXA48	CPE	INNE:	

!! *Wypełnić także w przypadku wystąpienia patogenu podczas wcześniejszych hospitalizacji.

Prosimy o odesłanie karty na adres e-mail: kwalfikacje@rehabilitacjamsw.pl

Pole na uwagi: