Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ DIAGNOZY FIZJOTERAPEUTYCZNEJ

(WYPEŁNIA FIZJOTERAPEUTA w SP ZOZ MOŃKI)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Pacjenta |  |
| Data wizyty, godzina  *(0,5 h/Pacjenta)* | ……………………/2025, godz.: od:……...… do:……….... |

1. Informacje dodatkowe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Pacjent przedstawił do wglądu dokumentację medyczną dotyczącą problemu zdrowotnego  wymagającego rehabilitacji ? | * tak * nie | * skierowanie od lekarza POZ * nie dotyczy *(dokumentacja*   *medyczna dostępna w SPOZ Mońki)* |
| Czy Pacjent jest aktywny pracujący? | * tak | * nie |
| Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej (jeśli dotyczy) | * umysłowa * fizyczna * umysłowo-fizyczna * na wysokości * kierowca zawodowy * powtarzalne prace manualne * praca zdalna | * nie dotyczy |

1. Karta diagnozy fizjoterapeutycznej Pacjenta

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Choroba podstawowa  Kod ICD-9/ ICD-10 | |  | | | | | |
| Choroby przebyte i współistniejące | |  | | | | | |
| Zgłaszane dolegliwości | |  | | | | | |
| Wskazanie Pacjenta do rehabilitacji medycznej z powodu: | | | | | | | |
| A | Choroby układu nerwowego | |  | tak | |  | * nie |
| B | Choroby układu kostno-stawowego: | |  | tak | |  | * nie |
| Wynik badania fizykalnego | | Test funkcjonalny: | | | Skala bólu VAS: | | |
| Rekomenduję zakwalifikowanie Pacjenta do następujących świadczeń medycznych w ramach projektu: | | * rehabilitacja ambulatoryjna (5 sesji):   –  –  –  –  –  –  –   * zajęcia kompensacyjno-ruchowe na basenie (5 sesji): * porady psychologa | | | | | |
| Pacjent nie kwalifikuje się do żadnej z form rehabilitacji | | /uzasadnienie/ | | | | | |

1. Ryzyko opuszczenia rynku pracy z powodów zdrowotnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Pacjent w chwili przystąpienia do Projektu jest lub przebywał na zwolnieniu lekarskim z powodu w/w zdiagnozowanej choroby? |  | * tak |  | * nie |
| Czy Pacjent jest narażony/a na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych? |  | * tak |  | * nie |
| Czy Pacjent potrzebuje świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia pracy, powrotu do pracy lub utrzymania zatrudnienia? |  | * tak |  | * nie |

|  |  |
| --- | --- |
| *Mońki,*  *……………………………………*  *Miejscowość i data* | *…………………………………*  *Podpis Fizjoterapeuty* |
| *Mońki,*  *……………………………………*  *Miejscowość i data* | *…………………………………*  *Podpis Pacjenta* |