



## Klinika Rehabilitacji

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz

tel. 52/585 43 30, fax: 52/585 40 42, e-mail: klreh@cm.umk.pl

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wojciech Hagner

Załącznik nr 1 a - do procedury PO – REH – 01 / 05

# WNIOSEK DO KLINIKI REHABILITACJI

## SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO NR 1 IM. DR. A. JURASZA W BYDGOSZCZY

DATA WYSTAWIENIA.....

### 1. Dane pacjenta:

Imię i nazwisko .....

PESEL: ..... TELEFON: .....

Miejsce zamieszkania .....

Pacjent skierowany przez .....

Uzasadnienie skierowania (*cel rehabilitacji*) .....

.....

.....

### 2. Dane kliniczne:

a) Rozpoznanie kliniczne (*schorzenie zasadnicze*)

.....

.....

b) Choroby współistniejące

.....

.....

c) Data zachorowania / urazu .....

d) Stan świadomości wg GCS ..... punktów (str.3)

e) Odchylenia w badaniu neurologicznym\*

.....

.....

f) Stan funkcjonalny (chodzący, chodzący z pomocą, samodzielny na wózku, niesamodzielny na wózku, leżący, samodzielny w czynnościach dnia codziennego, niesamodzielny w czynnościach dnia codziennego)

.....

.....

g) Ocena wydolności układu sercowo – naczyniowego wg NYHA

.....

.....

RR ..... Tętno .....

h) Ocena wydolności układu oddechowego

.....

.....

- i) Stan narządu ruchu (właściwe zakreślić):  
 przykurcze  zaniki mięśniowe
- j) Objawy zakażenia  
**TAK**      **NIE**

**UWAGA! Dodatkowe badania laboratoryjne, które należy złożyć na 7 dni przed planowanym przyjęciem określa lekarz z Kliniki Rehabilitacji. Informacja o rodzaju badań zostanie przekazana bezpośrednio pacjentowi.**

- k) Stan skóry:
- Odleżyny: lokalizacja .....
  - Stopień zaawansowania: .....
  - Inne rany: .....

Obecność rurki tracheotomijnej, cewników, drenów i in. (właściwe wpisać)

.....

.....

Kontrolne badanie neuroobrazowe CT lub MR

.....

l) Kategoria opieki pielęgniarskiej: I, II, III, IV (właściwe zakreślić).

Uzasadnienie:

.....

m) Ocena wydolności opiekuńczej rodziny:

.....

.....  
 Pieczętka jednostki kierującej

.....  
 Pieczętka i podpis lekarza kierującego

**Do wniosku należy dołączyć:**

- SKIEROWANIE DO SZPITALA
- ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
- INFORMACJĘ O SZCZEPINIU NA COVID-19
- KSEROKOPIĘ OSTATNIEGO WYPISU ZE SZPITALA

**Objaśnienia:**

\* - oceny stanu neurologicznego dokonuje specjalista II stopnia w zakresie neurologii i II stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

## OCENA WG. SKALI GLASGOW

L.P.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
<b>Oczy</b>	Nigdy nie otwiera oczy	<b>1</b>
	Otwiera oczy w odpowiedzi na ból	<b>2</b>
	Otwiera oczy w odpowiedzi na bodziec słowny	<b>3</b>
	Otwiera oczy spontanicznie	<b>4</b>
<b>Mowa</b>	Nic nie mówi	<b>1</b>
	Wydaje niezrozumiałe odgłosy	<b>2</b>
	Mówi pojedyncze słowa, nie umotywowane	<b>3</b>
	Rozmawia, ale jest zdezorientowany	<b>4</b>
	Rozmawia, jest zorientowany	<b>5</b>
<b>Ruch</b>	Nie rusza się w ogóle	<b>1</b>
	Wykonuje ruch wyprostny (odsiebny) sztywność odmóżdzeniowa	<b>2</b>
	Nieprawidłowe zgięcie (sztywność, odkorowania)	<b>3</b>
	Wykonuje ruch zginający (odsiebny) wycofanie na bodziec bólowy	<b>4</b>
	Reaguje na ból lokalizując go	<b>5</b>
	Wykonuje proste polecenie	<b>6</b>
<b>RAZEM</b>		

.....  
Data, podpis i pieczętka lekarza