

### KARTA KWALIFIKACJI PENSJONARIUSZA

Wystawiona dla osoby ubiegającej się o przyjęcie do Anders – Dom Seniora,  
Studzianki 19d, 97-320 Wolbórz, tel. 0048 609 004 093, email: biuro@andersdomseniora.pl

Nazwisko: .....

Imię: .....

PESEL: .....

Adres: .....

.....

Lp.	Nazwa czynności	Wynik
1.	<p><u>Spożywanie posiłków:</u></p> <p>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny</p>	
2.	<p><u>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</u></p> <p>0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny</p>	
3.	<p><u>Utrzymywanie higieny osobistej:</u></p> <p>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu z zapewnionymi pomocami</p>	
4.	<p><u>Korzystanie z toalety /WC/:</u></p> <p>0 - zależny 5 - potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5.	<p><u>Mycie, kąpiel całego ciała:</u></p> <p>0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem</p>	

6.	<u>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</u> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 - samodzielny	
7.	<u>Ubieranie się i rozbieranie:</u> 0 - zależny 5 - potrzebuje częściowej pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików , zamka, sznurowadeł, itp.	
8.	<u>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</u> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatyw 5 - sporadyczne, bezwiedne oddawanie stolca 10 - kontroluje oddawanie stolca	
9.	<u>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</u> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - kontroluje oddawanie moczu	
10.	<u>Oddychanie wspomagane:</u> 0 - tak 5 - nie zawsze 10 - nie	
11.	<u>Rany przewlekłe:</u> - odleżyny - rany cukrzycowe - inne niewymienione	TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE
12.	<u>Świadomość pacjenta:</u> - tak - nie - z przerwami	TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE
13.	<u>Kontynuacja leczenia:</u> - nie wymaga systematycznego podawania leków - wymaga podawania leków doustnych - wymaga podawania leków pozajelitowo - wymaga wykonywania dożylnych wlewów kroplowych i podawania leków do ZOP	TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE
14.	<u>Porozumiewanie się:</u> - zaburzenia w komunikowaniu się niewielkiego stopnia, używa języka migowego	TAK/NIE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny</li> <li>- znacznie zaburzony kontakt werbalny i niewerbalny</li> <li>- brak kontaktu (postrzeganie pozazmysłowe)</li> </ul>	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
15.	<p><u>Usprawnianie i rehabilitacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- czynny i aktywny udział w rehabilitacji</li> <li>- czynny udział w rehabilitacji, ale wymaga ciągłej motywacji i zachęty</li> <li>- wymaga pomocy w wykonywaniu ćwiczeń usprawniających</li> <li>- brak czynnego udziału w rehabilitacji – usprawnianie bierne</li> </ul>	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
16.	<p><u>Terapia zajęciowa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- czynny i aktywny udział w terapii zajęciowej</li> <li>- czynny udział w terapii zajęciowej, ale wymaga motywacji i aktywizacji</li> <li>- bierny udział w terapii zajęciowej, nie może brać udziału we wszystkich formach terapii</li> <li>- brak zdolności do współpracy w zakresie terapii zajęciowej</li> </ul>	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
17.	<p><u>Stan psychospołeczny:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- optymalne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności; pacjent jest wsparciem dla innych</li> <li>- pozytywne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności</li> <li>- obojętność wobec stanu zdrowia wykazywana przez pacjenta i rodzinę ( brak współpracy)</li> <li>- negatywne nastawienie wobec choroby (nawet wrogość w stosunku do siebie i innych)</li> </ul>	<p>TAK/NIE  TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
18.	<p><u>Samoopieka – samopielegnacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ma wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację w zakresie sprawowania samoopieki</li> <li>- wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności i stworzenia warunków w zakresie sprawowania samoopieki</li> <li>- wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności, stworzenia warunków i wzbudzenia motywacji w zakresie samoopieki</li> <li>- brak zdolności do współpracy ze strony pacjenta; wyposazenie rodziny w wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację do sprawowania opieki nad pacjentem</li> </ul>	<p>TAK/NIE TAK/NIE  TAK/NIE TAK/NIE</p>
19.	<p>Inne: Wynik kwalifikacji Interpretacja wyników: 86 – 100 pkt. - stan pacjenta „lekki” 21 – 85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki” 0 – 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”</p>	

.....  
data i podpis: