



KARTA KWALIFIKACJI MIESZKAŃCA

Wystawiona dla osoby ubiegającej się o przyjęcie do Anders – Dom Seniora,
Studzianki 19d, 97-320 Wolbórz, tel.: 792 868 325, e-mail: 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.	<p><u>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</u></p> <p>0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 - samodzielny</p>	
7.	<p><u>Ubieranie się i rozbieranie:</u></p> <p>0 - zależny 5 - potrzebuje częściowej pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików , zamka, sznurowadeł, itp.</p>	
8.	<p><u>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</u></p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatyw 5 - sporadyczne, bezwiedne oddawanie stolca 10 - kontroluje oddawanie stolca</p>	



9.	<p><u>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</u></p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - kontroluje oddawanie moczu</p>	
10.	<p><u>Oddychanie wspomagane:</u></p> <p>0 - tak 5 - nie zawsze 10 - nie</p>	
11.	<p><u>Rany przewlekłe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - odleżyny - rany cukrzycowe - inne niewymienione 	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
12.	<p><u>Świadomość pacjenta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - tak - nie - z przerwami 	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
13.	<p><u>Kontynuacja leczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nie wymaga systematycznego podawania leków - wymaga podawania leków doustnych - wymaga podawania leków pozajelitowo - wymaga wykonywania dożylnych wlewów kroplowych i podawania leków do ZOP 	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>
14.	<p><u>Porozumiewanie się:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - zaburzenia w komunikowaniu się niewielkiego stopnia, używa języka migowego - utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny - znacznie zaburzony kontakt werbalny i niewerbalny - brak kontaktu (postrzeganie pozazmysłowe) 	<p>TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE TAK/NIE</p>



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



	86 – 100 pkt. - stan pacjenta „lekki” 21 – 85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki” 0 – 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”	
--	---	--

.....
data i podpis:

Załącznik do umowy

*aktualizacja dok: 10.11.2020r.