Pieczęć ośrodka

**KARTA KWALIFIKACYJNA PRZED PRZYJĘCIEM DO ODDZIAŁU REHABILITACJI SP ZOZ W RADZIEJOWIE**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: ……………………………………………………………………………………………..........

Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………………….........

Cel skierowania: …………………………………………………………………………………………

Rozpoznania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data zachorowania: ………………………………………………………………………………………

Stan świadomości GCS ………………. pkt.

**Stan funkcjonalny:**

Skala Rankina ……………………………
Skala Barthel ……………………………
skala EDSS ……………………………

Odchylenia w badaniu neurologicznym: ……………………………………………………………………………………………………………Wydolność układu sercowo – naczyniowego wg NYHA ……………………………………………….
Wydolność układu oddechowego ………………………………………………………………………..
Stan narządu ruchu ……………………………………………………………………………………….
Objawy zakażenia w ciągu ostatnich dwóch tygodni ……………………………………………………
Obecność ran i odleżyn …………………………………………………………………………………..
Obecność rurki tracheostomijnej, cewników, drenów – wpisać właściwe ……………………………………………………………………………………………………………
Czy pacjent już przebywał lub przebywa w Oddziale Rehabilitacji? ……………………………………

Odchylenia w podstawowych badaniach laboratoryjnych (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, jonogram) ……………………………………………………………………………………………………………

data, podpis i pieczątka lekarza

Pacjent zakwalifikowany/zdyskwalifikowany do hospitalizacji w Oddziale Rehabilitacyjnym
Uzasadnienie………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

data, popis i pieczątka lekarza kwalifikującego