



KARTA KWALIFIKACYJNA PRZED PRZYJĘCIEM DO KLINIKI REHABILITACJI  
WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ W BYDGOSZCZY

**1. Dane pacjenta:**

- Imię i nazwisko.....
- PESEL:.....
- Miejsce zamieszkania:.....
- Pacjent skierowany przez:.....
- Uzasadnienie skierowania (cel rehabilitacji):.....  
.....  
.....

**2. Dane kliniczne:**

**A. Rozpoznanie kliniczne** (schorzenie zasadnicze i choroby współistniejące) .....  
.....

**B. Data zachorowania/urazu**.....

**C. Data wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby** (w przypadku aktualnego pobytu pacjenta w ośrodku, wpisać przewidywany termin) .....

**D. Stan świadomości wg GCS**..... punktów

**E. Ocena stanu funkcjonalnego:**

- skala Rankina.....punktów
- skala Barthel ADL.....punktów
- skala EDSS.....punktów

**F. Odchylenia w badaniu neurologicznym**.....  
.....  
.....  
.....

**G. Ocena wydolności układu sercowo – naczyniowego wg NYHA**.....  
.....  
.....

Wynik EKG (należy załączyć z opisem)

- RR.....
- tętno.....

**H. Ocena wydolności układu oddechowego**.....  
.....  
.....

**I. Stan narządu ruchu** (zakreślić):

- przykurcze
- zaniki mięśniowe

**J. Objawy zakażenia** (właściwe zakreślić):

- stany gorączkowe w ostatnich 2 tygodniach
- CRP
- odchylenia w badaniu morfologii krwi
- badanie ogólne moczu
- jonogram
- RTG płuc

**K. Stan skóry:**

- odleżyny: lokalizacja .....  
stopień zaawansowania:.....
- inne rany:.....

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

.....  
.....  
.....

**M. Wnioski z przedłożonej przez pacjenta oceny mikrobiologicznej na podstawie badania materiału pobranego z (właściwe zakreślić):**

- przedsionka nosa, gardła,
- pachwin,
- okolicy okołoodbytniczej,
- z miejsc wkłucia cewników naczyniowych,
- zmian na skórze (rany, szczególnie odleżyny),
- otworów tracheotomijnych, drenów cewników,

**jak też badania mikrobiologicznego moczu i kału**

.....  
.....

**N. Kategoria opieki pielęgniarskiej: I, II, III, IV (właściwe zakreślić). Uzasadnienie:**

.....  
.....

**O. Czy pacjent już przebywał lub nadal przebywa (po zachorowaniu/urazie) w oddziale rehabilitacji? Tak / Nie (właściwe zakreślić)**

.....  
.....

.....  
*pieczętka ośrodka kierującego*

.....  
*data sporządzenia karty  
pieczętka i podpis lekarza kierującego*

*Bezwzględny wymogiem kwalifikującym do przyjęcia jest brak rurki tracheotomijnej i odleżyn oraz ocena w skali GCS powyżej 12 pkt.*

**WYPEŁNIA ZESPÓŁ KWALIFIKUJĄCY W KLINICE REHABILITACJI:**

KWALIFIKACJA / DYSKWALIFIKACJA do hospitalizacji w Klinice Rehabilitacji (niepotrzebne skreślić); **uzasadnienie:**.....  
.....  
.....

Przyjęcie do Oddziału dnia .....; godzina.....  
Pacjent umieszczony w kolejce oczekujących: nr....., termin przyjęcia:.....

**Decyzja podjęta przez zespół w składzie:**

.....  
.....  
.....