

ANKIETA WSTĘPNA

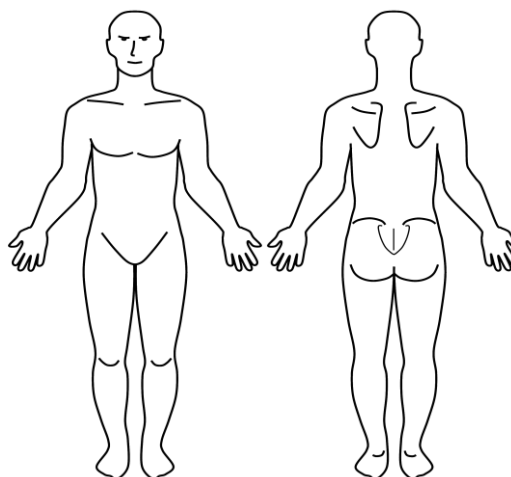
Prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga rehabilitacji oraz związanych z nim dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko uczestnika: 2. Wiek

3. Jestem osobą *): pracującą (wykonywana praca:)
 bezrobotną (od jak dawna? – w latach:)

4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pani/Pana **główne** dolegliwości, z jakimi zgłosiła się Pani/Pan na rehabilitację w ramach Programu (jeśli jest więcej takich miejsc, proszę zaznaczyć **maksymalnie dwa najważniejsze**).
Proszę również zaznaczyć te miejsca na rysunku obok.

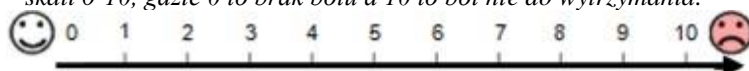


Miejsce moich dolegliwości:

Czas trwania dolegliwości: miesięcy/lat *

Nasilenie dolegliwości.

Proszę zaznaczyć/podać intensywność bólu używając umownej skali 0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania:



5. Zaburzenia funkcji. Poniższe pytanie pozwolą dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym.

Ubieranie się i dbanie o wygląd

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?
- umyć samodzielnie włosy?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkty
(wypełnia realizator)

.....

.....

Wstawanie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- wstać z krzesła bez poręczy?
- położyć się do łóżka i wstać?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Jedzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- pokroić mięso na talerzu?
- podnieść pełną szklankę do ust?
- otworzyć nowy karton mleka?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

.....

Chodzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

- chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?
- wejść po pięciu schodach?

Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	
Higiena					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
umyć się i wytrzeć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykąpać się w wannie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sięganie					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chwywanie					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
otworzyć drzwi w samochodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czynności różne					
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wsiąść do samochodu i wysiąść?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wykonywać prace domowe np.: odkurzanie, prace w ogrodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Łącznie:

6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:

- 1) Aktualnie zażywam **leki**: przeciwbólowe rozluźniające nasenne
 inne leki nie zażywam leków
- 2) Korzystałam/em z **rehabilitacji**: ostatni raz miesięcy temu nie korzystałam/em
- 3) Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie? TAK NIE
 Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy? TAK NIE

7. Aktywność fizyczna

- Czy uprawiasz **regularnie** jakiś sport (rekreacyjnie)? TAK NIE
- Jeśli TAK, to jaki?
- Jak często? razy w tygodniu / miesiącu rzadziej
- Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? minut / godzin

Dziękujemy za wypełnienie ankiety !

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór