



Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 9

## 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: .....

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.

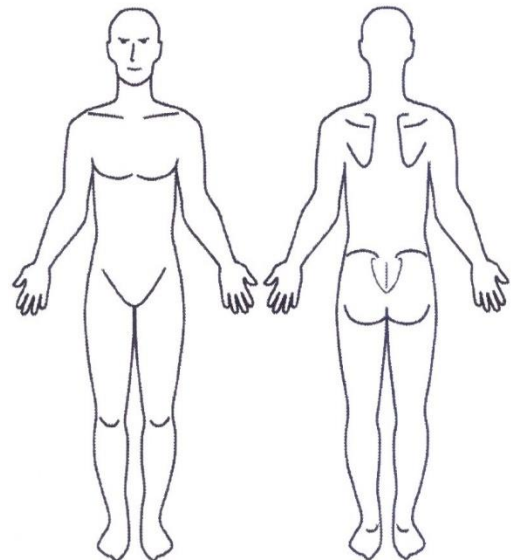
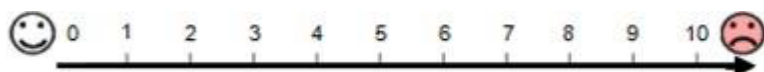
Miejsce moich dolegliwości: .....

.....  
.....

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:



\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór



Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

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

<b>Ubieranie się i dbanie o wygląd</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
umyć samodzielnie włosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Wstawanie</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
wstać z krzesła bez poręczy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
położyć się do łóżka i wstać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Jedzenie</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
pokroić mięso na talerzu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
podnieść pełną szklankę do ust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
otworzyć nowy karton mleka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Chodzenie</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
Czy był(a) Pan/Pani w stanie:					
chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
wejść po pięciu schodach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Higiena</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
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"/>	.....

Projekt pt. „Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej”  
nr RPLB.06.07.00-08-0001/19



Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

<b>Sięganie</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
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"/>	.....
<b>Chwytnie</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
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"/>	.....
<b>Czynności różne</b>	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia	Punkty (wypełnia realizator)
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"/>	.....
<b>Łącznie:</b>					<input type="checkbox"/>

## 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 !**