



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.

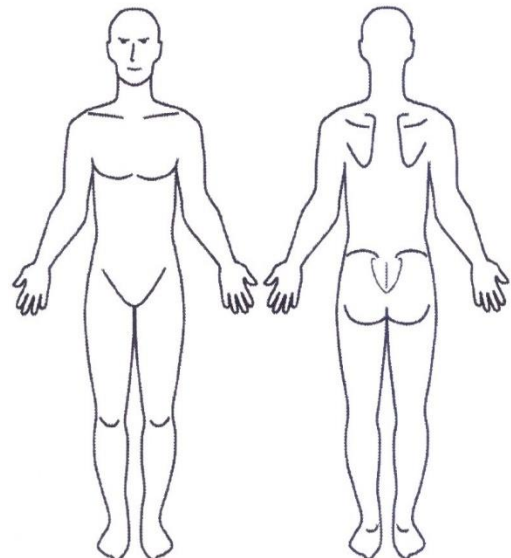
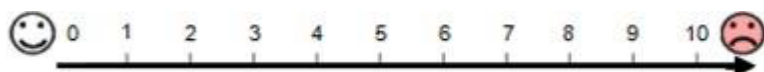
Miejsce moich dolegliwości:

.....
.....

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.

Ubieranie się i dbanie o wygląd	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"/>
Wstawanie	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"/>
Jedzenie	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"/>
Chodzenie	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"/>
Higiena	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"/>



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

Sięganie	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"/>

Chwywanie	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"/>

Czynności różne	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"/>

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 !