

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

## Ankieta kwalifikacyjna do Projektu pn. „Złota Jesień 3” – usługi zdrowotne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne

### CZĘŚĆ A - Wypełnia Kandydat/ka

Kwestionariusz ankiety ma na celu wstępne zdiagnozowanie problemów zdrowotnych kandydatów chętnych udziału w projekcie. Informacje zawarte w ankiecie mają charakter poufny i pozwolą na stworzenie indywidualnego profilu kandydata, ustaleniu jego najważniejszych potrzeb by zakwalifikować do udziału w projekcie.

#### DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI

<b>Imię (imiona) i nazwisko</b>	Imię.....Nazwisko.....										
<b>Data Urodzenia</b>	Dzień.....			Miesiąc.....				Rok.....			
<b>PESEL (11 cyfr)</b>											
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
<b>Adres zamieszkania</b>	ulica..... nr domu i nr lokalu..... Miejscowość, kod pocztowy.....										
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>											
1. Ile osób liczy Pana/i gospodarstwo domowe? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/											
<input type="checkbox"/> Jedna osoba <input type="checkbox"/> Dwie osoby <input type="checkbox"/> Trzy osoby <input type="checkbox"/> Cztery osoby <input type="checkbox"/> Pięć osób <input type="checkbox"/> Więcej niż 5 osób											
2. Proszę wskazać wszystkie osoby, z którymi Pan/i mieszka:/Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/											
<input type="checkbox"/> Mieszkam sam/a <input type="checkbox"/> Żona/mąż <input type="checkbox"/> Dzieci <input type="checkbox"/> Inne osoby, jakie?.....											
<b>OGÓLNA SYTUACJA ZDROWOTNA</b>											
1. Jak ocenił(a)by Pan(i) swój aktualny stan zdrowia? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/											
<input type="checkbox"/> Wspaniale <input type="checkbox"/> Dobrze <input type="checkbox"/> Przeciętnie <input type="checkbox"/> Źle <input type="checkbox"/> Bardzo źle											
2. Czy jest Pan(i) osobą z orzeczoną niepełnosprawnością? /Więcej niż jedna odpowiedź/											
<input type="checkbox"/> Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną – uszkodzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną – przewlekłe choroby wewnętrzne <input type="checkbox"/> Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością sensoryczną – osoby niewidome i słabo widzące <input type="checkbox"/> Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością sensoryczną – osoby niesłyszące i słabo słyszące <input type="checkbox"/> NIE											

3. Jaki stopień niepełnosprawności orzeczono w Pana(i) przypadku? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

Znaczny stopień niepełnosprawności  
 Umiarkowany stopień niepełnosprawności  
 Lekki stopień niepełnosprawności  
 Nie dotyczy

4. Czy występują u Pana(i)/można wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

Duszności  
 Pokrzywka  
 Obrzęki  
 Swędzenie  
 Skłonność do krwawień  
 Epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności  
 Żadne z powyższych

5. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, inne?

Tak  
(jakie?).....  
 Nie

6. Czy odczuwa Pan/i problemy w samodzielnym wykonywaniu następujących czynności: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych czynności/

Zakupy codzienne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rozporządzanie własnymi pieniędzmi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Lekkie prace domowe (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Samodzielne jedzenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Poruszanie się po pokoju	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Pochylanie się	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Kucanie i wstawanie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Podnoszenie lub dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Robienie samodzielne zakupów	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Ubieranie i rozbieranie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Przygotowanie sobie posiłków	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Utrzymanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Problemy z pamięcią krótkotrwałą (np. zapominanie tego, co się robiło chwilę temu, celu wyjścia z domu)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zapominanie imion i nazwisk, nazw przedmiotów	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Problemy z komunikacją	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Uzależnienie od pomocy innych osób	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?

Tak (z jakiego powodu).....  
 Nie

8. Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a)?

Tak (kiedy i z jakiego powodu).....  
 Nie



9. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?

Tak (na

co?).....

Nie

10. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie jakieś leki?

Tak

(jakie?).....

Nie

11. Czy korzysta Pan/i z czyjejs pomocy przy załatwianiu codziennych spraw (np. zakupy, sprząatanie, gotowanie)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

Tak

Nie

12. Kim jest ta osoba lub osoby lub też instytucja, z pomocy której Pan/i korzysta? /Więcej niż jedna odpowiedź/

Małżonek/małżonka

Syn/córka

Członek dalszej rodziny

Ośrodek Pomocy Społecznej

Inna osoba lub instytucja,

kto?.....

13. Czy osoba, z której pomocy korzysta Pan/i na co dzień jest Pana/i opiekunem prawnym (tzn. została powołana przez sąd do reprezentowania Pana/i)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

Tak

Nie

14. Jak Pan/i ocenia ogólną jakość usług zdrowotnych w Pana/i mieście/powiecie? /Jedna odpowiedź/

Bardzo dobrze

Raczej dobrze

Raczej źle

Bardzo źle

Trudno powiedzieć

15. Co w zakresie dostępności usług zdrowotnych Pana/i zdaniem stanowi największy problem: /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

Odległe terminy wizyt

Długość oczekiwania w kolejce

Konieczność wczesnego wstawania, by zapisać się na listę oczekujących

Zbyt mała liczba pacjentów przyjmowanych w jednym dniu

Trudności w uzyskaniu skierowania do lekarza specjalisty

Godziny przyjęć niedostosowane do potrzeb pacjentów



### OŚWIADCZENIE

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym<sup>1</sup>.
2. Deklaruję swoje uczestnictwo w projekcie pt. **„Złota jesień 3” – usługi zdrowotne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne, nr projektu RPOP.08.01.00-16-0023/19** realizowanym przez OŚRODEK REHABILITACJI I ODNOWY BIOLOGICZNEJDONI COR Sp. z o.o., w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020).
3. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **„Złota jesień 3” – usługi zdrowotne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne.**
4. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa.
5. **Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Kandydata/tki)

<sup>1</sup>**Pouczenie:** Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**CZĘŚĆ B (wypełnia lekarz-specjalista kwalifikacja Kandydata do uczestnictwa w Projekcie):**

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób? Jeśli tak to proszę zaznaczyć który rodzaj chorób.		
<b>Choroby serca</b> (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK	NIE
<b>Choroby naczyń krwionośnych</b> (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)	TAK	NIE
<b>Choroby płuc</b> (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)	TAK	NIE
<b>Choroby układu pokarmowego</b> (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) i <b>Choroby wątroby</b> (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)	TAK	NIE
<b>Choroby układu moczowego</b> (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)	TAK	NIE
<b>Zaburzenia przemiany materii</b> (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK	NIE
<b>Choroby tarczycy</b> (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)	TAK	NIE
<b>Choroby układu nerwowego</b> (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK	NIE
<b>Choroby układu kostno-stawowego</b> (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach), osteoporoza	TAK	NIE
<b>Choroby krwi i układu krzepnięcia</b> (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK	NIE
<b>Choroby oczu</b> (jaskra), zaćma	TAK	NIE
<b>Choroby psychiczne</b> (zmiany nastroju, depresja, nerwica)	TAK	NIE
<b>Choroby zakaźne</b> (np. żółtaczką, gruźlica, choroby weneryczne)	TAK	NIE
<b>Choroby skóry</b>	TAK	NIE
Inne choroby (jakie?).....		
<b>Ocena Kandydata/kandydatki wg skali Barthel</b>		
<b>CZYNNOŚĆ</b>	<b>OCENA WG SKALI BARTHEL</b>	
<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz		
<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny		

<p><b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny</p>	
<p><b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>	
<p><b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
<p><b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem</p>	
<p><b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0-nie porusza się lub &lt; 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty &gt;50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby &gt; 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski &gt; 50m</p>	
<p><b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny</p>	
<p><b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.</p>	
<p><b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec</p>	



**Wynik kwalifikacji (ilość punktów), przy czym kwalifikacja do projektu jest przy wyniku od 0 do 80 punktów w skali Barthel**

**Dodatkowo: (pierwszeństwo do udziału w projekcie):**

Kandydat/kandydatka wymaga kontynuacji leczenia i opieki w ramach projektu w pierwszym okresie po hospitalizacji, z uwagi na opuszczenie szpitala lub ZOL.

TAK

NIE

Opinia:

DATA BADANIA	WYWIAD (rozpoznanie, diagnoza)	ZALECENIA (odnośnie rodzajów form wsparcia), częstotliwości	UWAGI ważne dla realizacji projektu

Data badania .....

Podpis i pieczęć lekarza/fizjoterapeuty .....