

# ZLECENIE LEKARSKIE

Lekarz kierujący:

Oddział, nr tel.:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres:

Nr tel.:

Rozpoznanie:

**Planowana data wypisu:**

**Planowana data przyjęcia:**

Niedowład:	KGP	KGL	KDP	KDL
Poruszanie:	Chód samodzielny		Balkonik	Uwaga! Każdy pacjent oceniony w skali Barthel na mniej niż 14 punktów przechodzi w dniu planowanego przyjęcia kwalifikację lekarską. W przypadku niespełniania kryteriów kwalifikujących do rehabilitacji, pacjent nie zostanie przyjęty. Dalszą opiekę nad pacjentem przejmuje rodzina.
	Kule	Wózek	Leżący	
Wydolność krążenia:	TAK	NIE		
<b>Barthel (skala 1-20):</b>	do 14 pkt.		powyżej 14 pkt.	
Karmienie:	Wymaga		Nie wymaga	*PEG
Cewnik:	TAK	NIE		*W przypadku karmienia przez PEG prosimy o wypełnienie karty kwalifikacji do leczenia żywieniowego oraz przesłanie skanu.
Odleżyny:	TAK	NIE		
EPI:	TAK	NIE		Patogeny:
Terapia neurologopedyczna:	TAK	NIE		TAK NIE
Zaburzenia snu:	TAK	NIE		*Konsultacja psychiatryczna:
Niepokój psychoruchowy:	TAK	NIE		TAK NIE
Spełnianie poleceń:	TAK	NIE		*Jeżeli TAK, prosimy o załączenie skanu konsultacji.
Zaburzenia poznawcze:	TAK	NIE		Prosimy o odesłanie karty na adres e-mail: <a href="mailto:kwalfikacje@rehabilitacjamsw.pl">kwalfikacje@rehabilitacjamsw.pl</a>