



KWESTIONARIUSZ

oceny funkcjonowania społecznego pacjenta

1. Dane osobowe pacjenta

- a. Imię i nazwisko
- b. Numer PESEL
- c. Adres zamieszkania lub pobytu
- d. Stan cywilny
- e. Nazwisko panieńskie
- f. Miejsce urodzenia.....
- g. Liczba dzieci

2. Podstawowe problemy zdrowotne

Proszę w formie opisowej, przedstawić problemy zdrowotne pacjenta

.....

.....

.....

.....

.....

Czy pacjent posiada zdiagnozowaną chorobę psychiczną lub zaburzenia psychiatryczne?

TAK / NIE

Jeśli TAK, to proszę o podanie jaka/jakie

Czy pacjent leczy się u lekarza psychiatry?

TAK / NIE

Jeśli TAK, to proszę o podanie jakie leki przyjmuje

3. Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi

Ocena samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych

Stopień samodzielności proszę zaznaczyć poniższymi symbolami s, p, u :

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI	
mycie przy umywalce lub miednicy	
kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)	
branie prysznica	
mycie włosów	
czesanie się	
toaleta jamy ustnej	
obcinanie paznokci	
golenie się	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	
ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH	
kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	
dojście do toalety i powrót	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	
UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	
przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem do warunków pogodowych	
nałożenie ubrania	
zapinanie guzików	

zakładanie i sznurowanie butów	
zdjęcie ubrania	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	
ODŻYWIANIE	
sięganie po jedzenie	
wkładanie pokarmu do ust	
posługiwanie się sztućcami	
przyjmowanie leków	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

4. Zdolność do poruszania się.

Ocena samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się

Stopień samodzielności proszę zaznaczyć poniższymi symbolami s, p, u :

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

Poruszanie się	Zdolność do wykonywania czynności
wstawanie z łóżka i powrót do niego	
siadanie	
chodzenie w obrębie mieszkania	
chodzenie po schodach	
opuszczanie mieszkania i powrót do niego	
korzystanie ze środków komunikacji	
przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania	

inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... 	
---	--

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po oprotezowaniu	z laską	przy pomocy kul	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem

* właściwe zakresł krzyżykiem X

5. Zdolność funkcjonowania w gospodarstwie domowym.

Ocena samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego

Stopień samodzielności proszę zaznaczyć poniższymi symbolami s, p, u :

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
sprzątanie	
robienie gruntownych porządków (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg, itp.)	
ogrzewanie mieszkania	
pranie	
prasowanie	
gotowanie	
zmywanie	
robienie zakupów	
planowanie budżetu domowego	
dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe	

inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... 	
---	--

6. Zdolność do komunikowania się z otoczeniem

Komunikacja	Zdolność do komunikowania się z otoczeniem
mówienie prostymi zdaniami	
mówienie pełnymi zdaniami	
mówienie pojedynczymi słowami	
mówienie niezrozumiale, niewyraźnie	
nie mówi	
nie rozumie mowy	
porozumiewa się gestem	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... 	

* właściwe zakresł krzyżykiem X

Proszę w formie opisowej wymienić inne problemy związane z komunikowaniem się z otoczeniem:

- kłopoty ze słuchem (jeżeli tak, to na czym one polegają?)

.....
.....
.....
.....
.....

- kłopoty z pamięcią (jeżeli tak, to na czym one polegają?)

.....
.....
.....
.....
.....

7. Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych

<u>Życie społeczne</u>	Zdolność do uczestniczenia w życiu społecznym
Umiejętnie nawiązuje kontakty interpersonalne	
Wykonuje polecenia	
Rozwiązuje codzienne problemy	
Podejmuje decyzje dotyczące własnej osoby	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

* właściwe zakreśl krzyżykiem X

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....

(miejscowość i data)

.....

(Podpis z imienia i nazwiska opiekuna pacjenta)