



KARTA KWALIFIKACYJNA PRZED PRZYJĘCIEM DO ODDZIAŁU REHABILITACJI  
ODDECHOWEJ (S) PRZY UL. SEMINARYJNEJ 1  
KUJAWSKO-POMORSKIEGO CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY

**I. Dane pacjenta:**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Data urodzenia oraz numer PESEL: .....
3. Adres zamieszkania oraz Oddział NFZ: .....
4. Telefon kontaktowy pacjenta: .....
5. Imię, nazwisko oraz telefon kontaktowy osoby opiekującej się chorym: .....

**II. Dane kliniczne:**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej z powodu której kieruje się chorego do rehabilitacji (w języku polskim) oraz jej numer statystyczny według ICD-10: .....
2. Cel rehabilitacji: .....
3. Data zachorowania / Data wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby (właściwe podkreślić): .....
4. Czy pacjent korzysta z tlenu  nie  tak Przepływ tlenu (l/min.) .....
5. Choroby towarzyszące oraz istotne choroby przebyte: .....
6. Układ krążeniowo-oddechowy:  
wydolność według NYHA (I-IV) ..... wartość BP (mmHg) ..... HR /min. ....  
obrzęki (lokalizacja) .....  
osłuchowo nad płucami .....  
Sat O<sub>2</sub> (%) .....  bez  z tlenem
7. Stan psychiczny:  
chęć współpracy w rehabilitacji:  tak  nie  
rozumienie i wykonywanie poleceń  tak  nie
8. Obecność (właściwe zakreślić i wpisać od kiedy):  
 rurka tracheotomijna .....  sonda żołądkowa .....  
 PEG .....  cewnik Foley'a .....  
 inne dreny (lokalizacja).....
9. Skóra (lokalizacja, wielkość stopień):  
 odleżyny .....  
 inne rany .....

.....  
pieczętka ośrodka kierującego

.....  
data wypełnienia karty  
pieczętka i podpis lekarza kierującego  
numer telefonu do lekarza kierującego

**WYPEŁNIA ZESPÓŁ KWALIFIKUJĄCY W ODDZIALE REHABILITACJI ODDECHOWEJ:**

KWALIFIKACJA / DYSKWALIFIKACJA do hospitalizacji w Oddziale Rehabilitacji Oddechowej (właściwie zakreślić); uzasadnienie: .....

.....

.....

Przyjęcie do Oddziału dnia ..... godzina.....

Pacjent umieszczony w kolejce oczekujących: nr.....

planowany termin przyjęcia: .....

**Decyzja podjęta przez zespół w składzie:**

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