Załącznik 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 Projektu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga rehabilitacji oraz związanych z nim dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.*

**1. Imię i nazwisko uczestnika:** ……….……………………………………………… **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 Projektu (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:* |

**5. Zaburzenia funkcji.** *Poniższe pytanie pozwolą dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ubieranie się i dbanie o wygląd** Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia | *Punkty**(wypełnia realizator)* |
| ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiąza-niem sznurowadeł i zapięciem guzików? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |
| umyć samodzielnie włosy? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| **Wstawanie**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| wstać z krzesła bez poręczy? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| położyć się do łóżka i wstać? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| **Jedzenie**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| pokroić mięso na talerzu? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| podnieść pełną szklankę do ust? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| otworzyć nowy karton mleka? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| **Chodzenie**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| chodzić po płaskim terenie na zewnątrz? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| wejść po pięciu schodach? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| fundusze_europejskie_program_regionalny | logo_lubuskie (bw) | EFS |

*Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Higiena**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| umyć się i wytrzeć? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| wykąpać się w wannie? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| usiąść na sedesie i wstać? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| **Sięganie**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący siętuż nad głową i zdjąć go? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |
| schylić się aby podnieść odzież z podłogi? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| **Chwytanie**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| otworzyć drzwi w samochodzie? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| odkręcić i zakręcić kran? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| **Czynności różne**Czy był(a) Pan/Pani w stanie:  | Bez żadnej trudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością | Niezdolny do zrobienia |  |
| załatwiać różne sprawy, robić zakupy? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |
| wsiąść do samochodu i wysiąść? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| wykonywać prace domowe np.: odkurzanie, prace w ogrodzie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 !***

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| fundusze_europejskie_program_regionalny | logo_lubuskie (bw) | EFS |