**Załącznik nr 8**

do Regulaminu rekrutacji uczestnictwa w Projekcie „CUŚ

dla powiatu bełchatowskiego

**Informacja o stanie zdrowia**

…………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko kandydata/tki na uczestnika/czkę projektu)\*

***Szanowni Państwo,***

uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety, której celem jest zebranie informacji niezbędnych do usprawnienia pomocy Państwu / Państwa podopiecznym w czasie opieki nad nim. Wiedza dotycząca stanu zdrowia dziecka jest niezbędna do zapewnienia właściwej opieki oraz podniesienia jakości świadczonych usług.

***Dziękujemy za zrozumienie i współpracę.***

Proszę zwięźle opisać obecną sytuację materialną i bytową:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ANKIETA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Czynność | Wynik |
| **1** | **Spożywanie posiłków**  **0 =** nie jest w stanie samodzielnie jeść  **5 =** potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety  **10 =** samodzielny, niezależny |  |
| **2** | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadani**e  **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 |  |
| **3** | **Utrzymanie higieny osobistej**  **0 =** potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych  **5 =** niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| **4** | **Korzystanie z toalety (WC)**  **0** = zależny  **5 =** potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam  **10 =** niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| **5** | **Mycie, kąpiel całego ciała**  **0 =** zależny  **5 =** niezależny lub pod prysznicem |  |
| **6** | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**  **0 =** nie porusza się lub < 50m  **5 =** niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50m  **10 =** spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m  **15 =** niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |  |
| **7** | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  **0 =** nie jest w stanie  **5 =** potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie  **10 =** samodzielny |  |
| **8** | **Ubieranie się i rozbieranie**  **0 =** zależny  **5 =** potrzebuje, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy  **10 =** niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. |  |
| **9** | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu**  **0 =** nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw  **5 =** czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  **10 =** panuje, utrzymuje stolec |  |
| **10** | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego**  **0 =** nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny  **5 =** czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe)  **10 =** panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **Wynik kwalifikacji** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy uczestnik jest na coś uczulony? | TAK | NIE |
| Jeśli tak, to na co:……………….……………………………………………………………………………..  ………………………………………………………….……………………………………………………….. | | |
| Czy występuje u uczestnika duszność? | TAK | NIE |
| Czy występują u uczestnikaobrzęki? | TAK | NIE |
| Czy występuje u uczestnika swędzenie? | TAK | NIE |
| Czy występuje u uczestnika pokrzywka? | TAK | NIE |
| Czy uczestnik ma skłonność do krwawień? | TAK | NIE |
| Czy uczestnik komunikuje się (werbalnie, niewerbalnie)? | TAK | NIE |
| Czy uczestnik komunikuje swoje potrzeby? | TAK | NIE |
| Czy uczestnik wykonuje czynności samoobsługowe? | TAK | NIE |
| Czy występują czynniki, na które uczestnik reaguj negatywnie (np. migające światło, dźwięki, zwierzęta, itp.)  Jeśli tak, to jakie: ………………………………………………………………………..  Jak uczestnik reaguje na te czynniki? ……………………..…………….……………  …………………………………………………………………………………………….. | TAK | NIE |
| Co wpływa na uczestnik wyciszająco/uspokajająco?...........................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Co uczestnik lubi robić?........................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………..……………  ………………………………………………………………………………………………….…………………. | | |
| Jakie inne występują u uczestnika dolegliwości/choroby?.....................................................................  ………………………………………………………………………………………………………..……………  ………………………………………………………………………………………………….…………………. | | |

***\*podkreślić właściwą odpowiedź***

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego poświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

…………………………… ……..…………………………………………….

**(data)**   **(podpis uczestnika /opiekunów prawnych)**