

ÁLLAPOT FELMÉRÉSE

I / 1. ÁPOLÁSI ANAMNÉZIS

Beteg neve:	TAJ:					
Gyógyszerérzékenység:						
Allergia:						
ALKAT FNO b530 <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> arányos	<input type="checkbox"/> túltáplált	<input type="checkbox"/> hiányos-csonkolt	<input type="checkbox"/> sovány			
RR:(Hgmm)	Pulzus:/perc	Hőmérséklet: C fok				
BŐR FNO b810 <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> ép	<input type="checkbox"/> kiütés	<input type="checkbox"/> decubitus	<input type="checkbox"/> seb	<input type="checkbox"/> oedema/lymphoe.	egyéb:	
LÉGZÉS FNO b440 <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> tachypnoe	<input type="checkbox"/> bradypnoe	<input type="checkbox"/> apnoe			
<input type="checkbox"/> cyanosis	<input type="checkbox"/> dyspnoe:	<input type="checkbox"/> nincs	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nyugalmi ortopnoe		
Köhögés:	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nincs	<input type="checkbox"/> improduktív	<input type="checkbox"/> produktív	köpet:	
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> oxigén készülék használata					
MOZGÁSKÉPESSÉG FNO b410 <input type="checkbox"/>						
helyzetváltoztatás:	<input type="checkbox"/> járóképes	<input type="checkbox"/> segítséggel	<input type="checkbox"/> járóképtelen	<input type="checkbox"/> segédeszköz	<input type="checkbox"/> egyensúlyzavar	<input type="checkbox"/> fekvő
végtagok:	<input type="checkbox"/> fiziológiás mozgás	<input type="checkbox"/> mozgáskorlátozott	<input type="checkbox"/> paresis	<input type="checkbox"/> plégia	<input type="checkbox"/> orthostaticus hypotonia	
ÉRZÉKELÉS	látás: FNO b210 <input type="checkbox"/>	hallás: FNO b230 <input type="checkbox"/>				
látás:	<input type="checkbox"/> normál	csökkent:	<input type="checkbox"/> vak			
hallás:	<input type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> csökkent	<input type="checkbox"/> hallókészüléket használ ...	<input type="checkbox"/> süket		
TÁPLÁLKOZÁS FNO b510 <input type="checkbox"/>						
étvágy:	<input type="checkbox"/> kielégítő/normális	<input type="checkbox"/> fokozott	<input type="checkbox"/> csökkent	<input type="checkbox"/> nincs		
fogazat:	<input type="checkbox"/> saját	<input type="checkbox"/> hiányos: részben, teljesen, protézis	szájüreg állapota:.....			
étrend:	<input type="checkbox"/> normál	diéta:				
nyelési, rágási nehézség:	<input type="checkbox"/> nincs	<input type="checkbox"/> van			
étkezés:	<input type="checkbox"/> önálló	<input type="checkbox"/> segítséggel	<input type="checkbox"/> csak etetéssel	<input type="checkbox"/> szondatáplálás	<input type="checkbox"/> parenterális táplálás	
emésztés:	<input type="checkbox"/> fiziológiás	<input type="checkbox"/> hányinger	<input type="checkbox"/> hányás	<input type="checkbox"/> puffadás	egyéb:	
stoma:	<input type="checkbox"/> nincs	<input type="checkbox"/> van, helye:				

MENTÁLIS ÁLLAPOT FNO b139

beszéd: jól érthető nehezen érthető beszédhiba nem érthető aphonia

beszéd megértés: jó részleges nem érti

tájékozódás, térben orientált: igen nem esetenként

emlékezet: jó gyengült rossz

érzelmi állapot: nyugodt közömbös változó zárkózott nyugtalan

feszült agresszív elkeseredett befelé forduló elutasító

tudatállapot: éber zavart aluszékony eszméletlen

ALAPÁPOLÁSI IGÉNY FNO d230

önálló segítséggel teljes ellátást igényel

FÁJDALOM FNO b280

0 – nincs fájdalom 1 – kissé fáj 2 – mérsékelt fájdalom 3 – nagyon fáj 4 – elviselhetetlenül fáj
(Keele-féle skála)

EMÉSZTÉS FNO b520

hányinger hányás hasmenés székrekedés puffadás egyéb:

KIVÁLASZTÁS vizelet: FNO b620**széklet: FNO b525**

vizelet: fiziológiás katéter incontinens

széklet: fiziológiás incontinens szorulás hasmenés anus prae

ALVÁS FNO b134

fiziológiás nehezen alszik el alvásideje rövid csak gyógyszerrel egyéb:

KOMMUNIKÁCIÓ FNO d310

jól kommunikál nehezen fejezi ki magát nem tudja kifejezni magát

A beteg legközelebbi hozzátartozója: telefonszáma:

Háziorvos neve: telefonszáma:

** FNO jelölésnél az üres négyzetbe 0 – nincs probléma; 1 – enyhe probléma; 2 – mérsékelt probléma; 3 – súlyos probléma; 4 – teljes probl.

* Szükség esetén a hozzátartozó beleegyezésével tölthető ki.

I / 2. GYÓGYTORNA ÉS FIZIOTERÁPIAI FELMÉRŐ ÉS ELRENDELŐ

Beteg neve: TAJ száma:

ELRENDELÉS

Gyógytorna elrendelését indokoló diagnózis:

Elrendelt tevékenység:

Vizit száma: gyakorisága:

Elektroterápia elrendelését indokoló diagnózis:

Elrendelt tevékenység:

Vizit száma: gyakorisága:

Kísérőbetegség/szövődmény diagnózisa(i):

Sebészeti beavatkozás dátuma: diagnózisa

Megengedett terhelés mértéke: / nincs megkötés

Fájdalom helye: jellege:

Erősség: a III/2 lapon lévő skála szerint:

Segédeszközök, protézisek:

Járási segédeszköz: nem szükséges / szükséges, fajtája

Protézisek:

Sínek:

Egyéb:

Alkalmazandó fizioterápiás eljárások:

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

Dátum:

.....
palliatív jártasságú orvos

Ízületi mozgásvizsgálat

Vizsgált ízület neve	Vizsgálat iránya, mértéke fokokban (flex., ext., abd., add., rot.)	Korlátozottság oka (fájd. kontr., pszich. stb.)	Elért eredmény

Izomtónus vizsgálat

Érintett terület	Hypotonia	Normális tónus	Hypertonia	Elért eredmény

Izomerő vizsgálat

Érintett izom neve	0	1	2	3	4	5	Elért eredmény

0 = nincs működés, 1 = nonproduktív működés, 2 = gravitáció kikapcsolásával, 3 = gravitáció ellenében, 4 = ellenállással, 5 = teljes értékű működés

Rehabilitációs felmérés és értékelés

Helyzetváltoztatás	Önállóan	Segédeszközzel	Külső segítséggel	Elért eredmény
ágyban helyzetvált.				
fekvésből felülés				
ülésből felállás				
lakáson belül				
lépcsőn				
lakáson kívül				
közlekedési eszközzel				
étkezés				
személyi higiéné (fürdés, WC, öltözködés)				

Alsó végtag funkció: normális/kóros: sántítás, iránytartás, egyéb járáshiba:

Felső végtag funkció: normális/kóros: fogáserősség, minőség, szenzibilitás:

Egyéb funkcionális vizsgálatokhoz fűződő megjegyzések (izomtónus):

Mozgásterápia célja:

Dátum:

.....
Gyógytornász aláírása

I / 3. PSZIHÓ-SZOCIÁLIS FELMÉRŐ LAP

Beteg neve: TAJ száma:

Jelenlegi vagy korábbi foglalkozása:

Jelenlegi keresetének forrása: táppénz rokkantsági nyugdíj öregségi nyugdíj egyéb:

Vannak-e anyagi nehézségei: igen nem

Élnek-e szülei?

Van-e házastársa/élettársa?

Vannak-e gyermekei, unokái? Hány évesek?

Kit tekint legközelebbi hozzátartozónak? Név:

Tel: Cím:

Volt-e egyenes ági rokon között daganatos beteg?

Dohányzott-e régebben? Jelenleg:

Fogyasztott-e rendszeresen alkoholt? Jelenleg:

Tartozik-e valamilyen egyházhoz, felekezethez?

Szokott-e valakivel a környezetében betegségéről beszélgetni?

Mi az, ami betegségében is örömet szerez a maga számára?

Mi az, amit a leginkább remél jelenlegi kezeléstől?

Betegsége mennyire teszi nehezzé az életét, jelölje az alábbi egyenesen X jellel!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dátum:

Kitöltő: