



Dom Aktywnego Seniora Tulipan  
43-450 Ustroń ul. Szpitalna 21  
tel. 33 854 37 80  
nzo@sanatorium-ustron.pl  
www.domseniora.org

### KARTA KWALIFIKACJI MIESZKAŃCA

Wystawiona dla osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Aktywnego Seniora „TULIPAN”  
ul. Szpitalna 21, 43-450 Ustroń , tel. 33 854 37 80 email: nzo@sanatorium-ustron.pl

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL .....

Adres .....

| Lp. | Nazwa czynności   | Wynik |
|-----|---|-------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków:</b><br><b>0</b> – nie jest w stanie samodzielnie jeść<br><b>5</b> – potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety<br><b>10</b> - samodzielny, niezależny   |       |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br><b>0</b> – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br><b>5</b> – większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby<br><b>10</b> – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br><b>15</b> - samodzielny |       |
| 3.  | <b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b><br><b>0</b> - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br><b>5</b> – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu z zapewnionymi pomocami  |       |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 4.  | <p><b>Korzystanie z toalety /WC/</b></p> <p><b>0</b> – zależny</p> <p><b>5</b> – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam</p> <p><b>10</b> – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>                       |  |
| 5.  | <p><b>Mycie, kąpiel całego ciała</b></p> <p><b>0</b>- zależny</p> <p><b>5</b> – niezależny lub pod prysznicem</p>   |  |
| 6.  | <p><b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b></p> <p><b>0</b> – nie jest w stanie</p> <p><b>5</b> – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie</p> <p><b>10</b> - samodzielny</p>   |  |
| 7.  | <p>Ubieranie się i rozbieranie:</p> <p><b>0</b> – zależny</p> <p><b>5</b> – potrzebuje częściowej pomocy</p> <p><b>10</b> – niezależny w zapinaniu guzików , zamka, sznurowadeł, itp</p>  |  |
| 8.  | <p><b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b></p> <p><b>0</b> – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatyw</p> <p><b>5</b> – sporadyczne, bezwiedne oddawanie stolca</p> <p><b>10</b> – kontroluje oddawanie stolca</p> |  |
| 9.  | <p><b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b></p> <p><b>0</b> – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany</p> <p><b>5</b> – sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu</p> <p><b>10</b> – kontroluje oddawanie moczu</p>        |  |
| 10. | <p><b>Oddychanie wspomagane:</b></p> <p><b>0</b> - tak</p> <p><b>5</b> – nie zawsze</p> <p><b>10</b> – nie</p>  |  |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 11. | <b>Rany przewlekłe:</b>  |  |
|     | - odleżyny   |  |
|     | - rany cukrzycowe  |  |
|     | - inne niewymienione   |  |
| 12. | <b>Świadomość pacjenta:</b>  |  |
|     | - tak  |  |
|     | - nie  |  |
|     | - z przerwami  |  |
| 13. | <b>Kontynuacja leczenia:</b>   |  |
|     | - nie wymaga systematycznego podawania leków                                 |  |
|     | - wymaga podawania leków doustnych   |  |
|     | - wymaga podawania leków pozajelitowo  |  |
|     | - wymaga wykonywania dożylnych wlewów kroplowych i podawania leków do ZOP    |  |
| 14. | <b>Porozumiewanie się:</b>   |  |
|     | - zaburzenia w komunikowaniu się niewielkiego stopnia, używa języka migowego |  |
|     | - utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny                |  |
|     | - znacznie zaburzony kontakt werbalny i niewerbalny                          |  |
|     | - brak kontaktu (postrzeganie pozazmysłowe)                                  |  |
| 15. | <b>Usprawnianie i rehabilitacja:</b>   |  |
|     | - czynny i aktywny udział w rehabilitacji                                    |  |
|     | - czynny udział w rehabilitacji, ale wymaga ciągłej motywacji i zachęty      |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | - wymaga pomocy w wykonywaniu ćwiczeń usprawniających         |  |
|  | - brak czynnego udziału w rehabilitacji – usprawnianie bierne |  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 16. | <b>Terapia zajęciowa:</b>   |  |
|     | - czynny i aktywny udział w terapii zajęciowej  |  |
|     | - czynny udział w terapii zajęciowej, ale wymaga motywacji i aktywizacji  |  |
|     | - bierny udział w terapii zajęciowej , nie może brać udziału we wszystkich formach terapii  |  |
|     | - brak zdolności do współpracy w zakresie terapii zajęciowej  |  |
| 17. | <b>Stan psychospołeczny:</b>  |  |
|     | - optymalne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności; pacjent jest wsparciem dla innych  |  |
|     | - pozytywne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności   |  |
|     | - obojętność wobec stanu zdrowia wykazywana przez pacjenta i rodzinę ( brak współpracy)   |  |
|     | - negatywne nastawienie wobec choroby (nawet wrogość w stosunku do siebie i innych)   |  |
| 18. | <b>Samoopieka – samopielęgnacja:</b>  |  |
|     | - ma wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację w zakresie sprawowania samoopieki   |  |
|     | - wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności i stworzenia warunków w zakresie sprawowania samoopieki  |  |
|     | - wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności, stworzenia warunków i wzbudzenia motywacji w zakresie samoopieki                                      |  |
|     | - brak zdolności do współpracy ze strony pacjenta; wyposażenie rodziny w wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację do sprawowania opieki nad pacjentem |  |

|                           |       |  |
|---------------------------|-------|--|
| 19.                       | Inne: |  |
| <b>Wynik kwalifikacji</b> |       |  |

Interpretacja wyników:

86 – 100 pkt. - stan pacjenta „lekki”

21 – 85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki”

0 – 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”

.....  
data i podpis

Informacje dodatkowe:

| L.p. | Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych | Postać leku | Dawkowanie |
|------|---|-------------|------------|
| 1.   |   |             |            |
| 2.   |   |             |            |
| 3.   |   |             |            |
| 4.   |   |             |            |
| 5.   |   |             |            |
| 6.   |   |             |            |

| L.p. | Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych | Nr telefonu świadczeniodawcy |
|------|---|------------------------------|
| 1.   |   |                              |
| 2.   |   |                              |
| 3.   |   |                              |



**Inne istotne informacje**

.....

.....

.....

.....

.....

data i podpis