



atma

ZAKŁAD REHABILITACJI
CENTRUM
OPIEKI LECZNICZEJ

ul. Kurpińskiego 5, 85-095 Bydgoszcz tel. 52 330 69 12 tel. kom. 735 427 557 e-mail: dom@atma.bydgoszcz.pl www.atma.bydgoszcz.pl

IV. NEUROLOGIA

- STAN ŚWIADOMOŚCI:

PACJENT WYBUDZONY PACJENT WYBUDZANY STAN WEGETATYWNY

- STAN ŚWIADOMOŚCI WG GCS:

_____ PKT.

- UWAGI:

- OBECNOŚĆ ZASTAWKI:

TAK NIE MODEL ZASTAWKI _____

- WYSTĘPUJĄCE NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE:

PODWYŻSZONE SZTYWNOŚĆ SPASTYKA GDZIE? _____

NORMALNE GDZIE? _____

OBNIŻONE WIOTKIE BRAK WG EMG GDZIE? _____

- PRZYKURCZE MIĘŚNIOWE:

BRAK WYSTĘPUJĄ GDZIE? _____

- POBUDZENIE PSYCHORUCHOWE:

BRAK WYSTĘPUJE



atma

ZAKŁAD REHABILITACJI
CENTRUM
OPIEKI LECZNICZEJ

ul. Kurpińskiego 5, 85-095 Bydgoszcz tel. 52 330 69 12 tel. kom. 735 427 557 e-mail: dom@atma.bydgoszcz.pl www.atma.bydgoszcz.pl

• **CZUCIE GŁĘBOKIE:**

NORMALNE ZABURZONE GDZIE? _____

• **CZUCIE POWIERZCHOWNE:**

NORMALNE ZABURZONE GDZIE? _____

V. INTERNA

• **WAGA:**

_____ KG

WZROST:

_____ CM

• **MOWA:**

BEZ ZABURZEŃ ZABURZONA JAKIE? _____

• **OBRZĘKI:**

TAK NIE LOKALIZACJA _____

• **RANY:**

TAK NIE LOKALIZACJA/ RODZAJ _____

• **ODLEŻYNY:**

TAK NIE OKOLICA/ STOPIEŃ _____

• **UKŁAD KRAŻENIA:**

CIŚNIENIE TĘTNICZE KRWI _____ mmHG

OBECNOŚĆ KARDIOWERTERA TAK NIE

CZYNNOŚĆ SERCA MIAROWA NIEMIAROWA OK. _____ / MIN

• **UKŁAD ODDECHOWY:**

WYDOLNY NIETYDOLNY TRACHEOSTOMIA RESPIRATOTERAPIA TLENOTERAPIA

RODZAJ RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ _____

WYNIK POSIEWU Z RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ _____ DATA _____



atma

ZAKŁAD REHABILITACJI
CENTRUM
OPIEKI LECZNICZEJ

ul. Kurpińskiego 5, 85-095 Bydgoszcz tel. 52 330 69 12 tel. kom. 735 427 557 e-mail: dom@atma.bydgoszcz.pl www.atma.bydgoszcz.pl

DATA ZAŁOŻENIA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ _____

DATA OSTATNIEJ WYMIANY RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ _____

ZALEGANIA W DRZEWIE OSKRZELOWYM _____

UWAGI: _____

• UKŁAD POKARMOWY:

SONDA DO ŻOŁĄDKA PEG DIETA PRZEMYSŁOWA TAK NIE

ZALECENIA DOTYCZĄCE ŻYWIENIA: _____

• UKŁAD MOCZOWY:

CEWNIK DO PĘCZERZA MOCZOWEGO TAK NIE

RODZAJ CEWNIKA _____

WYNIK POSIEWU Z MOCZU _____ DATA _____

DATA ZAŁOŻENIA/OSTATNIEJ WYMIANY CEWNIKA _____

CZY WYSTĘPOWAŁY PROBLEMY Z CEWNIKIEM TAK NIE

KONTROLA ZWIERACZY TAK NIE UWAGI: _____

• STAN PSYCHICZNY PACJENTA:



atma

ZAKŁAD REHABILITACJI
CENTRUM
OPIEKI LECZNICZEJ

ul. Kurpińskiego 5, 85-095 Bydgoszcz tel. 52 330 69 12 tel. kom. 735 427 557 e-mail: dom@atma.bydgoszcz.pl www.atma.bydgoszcz.pl

• **AKTUALNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE:**

ANTYBIOTYKOTERAPIA W OSTATNICH 2 TYGODNIACH _____

LEKI P/GORĄCZKOWE W OSTATNICH 2 TYGODNIACH _____

AKTUALNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE _____

• **KONTROLA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ** I II III IV

UZASADNIENIE _____

• **CHOROBY ONKOLOGICZNE** TAK NIE

• **UCZULENIA** TAK NIE

VI. ORTOPEDIA

• **RODZAJ URAZU** _____



atma

ZAKŁAD REHABILITACJI
CENTRUM
OPIEKI LECZNICZEJ

ul. Kurpińskiego 5, 85-095 Bydgoszcz tel. 52 330 69 12 tel. kom. 735 427 557 e-mail: dom@atma.bydgoszcz.pl www.atma.bydgoszcz.pl

• PO OPERACJI TAK NIE

• RODZAJ ZABIEGU _____

• ŚWIEŻE BADANIE RTG TAK NIE OPIS W ZAŁĄCZENIU TAK NIE

• AKTUALNA KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA TAK NIE OPIS KONSULTACJI W ZAŁĄCZENIU TAK NIE

• UWAGI: _____

• STAN NARZĄDU RUCHU

PRZYKURCZE ZANIKI MIĘŚNIOWE ZESPOLENIA TAK NIE

RODZAJ ZESPOLENIA _____

PRZECIWWSKAZANIA DO MRI TAK NIE

UWAGI: _____

• LOKOMOCJA PACJENTA

PACJENT LEŻĄCY TAK NIE

CHÓD Z POMOCAŃ SAMODZIELNIE NIE CHODZI

PORUSZANIE SIĘ NA WÓZKU Z POMOCAŃ SAMODZIELNIE NIE CHODZI

VII. UMIEJĘTNOŚĆ WYKONYWANIA CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO

• CZY PACJENT JEST SAMODZIELNY W ŻYCIU CODZIENNYM TAK NIE

JĘŚLI NIE TO W JAKIM ZAKRESIE POTRZEBUJE POMOCY? _____



atma

ZAKŁAD REHABILITACJI
CENTRUM
OPIEKI LECZNICZEJ

ul. Kurpińskiego 5, 85-095 Bydgoszcz tel. 52 330 69 12 tel. kom. 735 427 557 e-mail: dom@atma.bydgoszcz.pl www.atma.bydgoszcz.pl

• **CZY PACJENT JEST W STANIE SAMODZIELNIE:**

PRZYGOTOWAĆ SOBIE POSIŁKI TAK NIE

JEŚĆ TAK NIE

UBIERAĆ SIĘ TAK NIE

DOKONYWAĆ PORANNEJ TOALETY TAK NIE

KĄPAĆ SIĘ TAK NIE

PRZESIADAĆ SIĘ Z ŁÓŻKA NA KRZESŁO TAK NIE

WSTAĆ Z KRZESŁA TAK NIE

CZY PACJENT PORUSZA SIĘ SAMODZIELNIE? TAK NIE

CZY PACJENT PORUSZA SIĘ Z POMOCĄ DRUGIEJ OSOBY LUB ZAOPATRZENIA ORTOPEDYCZNEGO? TAK NIE

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA