**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)**