|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Judeţul ……………...…….......…. |  |  |  | Nr.înregistrare SC |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Localitatea .................................... |  |  |  |  |  |  |  | CNP pacient |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Unitatea medicală ......................... |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipul de serviciu de paliație\*: | Data preluării în serviciu |  | Data ieșirii din serviciu |  | Total zile |
| Ora |  | Ziua  |  | Luna |  | Anul |  | Ora |  | Ziua  |  | Luna |  | Anul |  |
| ………………… |  |  |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |
|  |
| *\* Se va specifica (după caz) : Unitate cu paturi, Ambulator, Ingrijiri paliative la domiciliu, Centru de zi* |

**FOAIE DE OBSERVAŢIE CLINICĂ GENERALĂ ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NUMELE** ................................................. | **PRENUMELE** ................................................................................... | Sexul M/F  |  |
| **Data naşterii**:  | zi |  |  | lună |  |  | an |  |  |  |  | Vârstă

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |  |  |  |  |  | Grup sangvin: A/B/AB/0; Rh + / - |
|  |
| **Domiciliul legal**: | Judeţul |  |  | Localitatea....................................................... | Alergic la:............................................................. |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Sector |  | Mediul U/R |  |  | Str.............................................................................. | Nr. ........... | Bl. ..........  | Sc. .......... | Ap. ...........  |
|  |
| **Reşedinţa**: judeţul |  |  | Localitatea...................................................................... |  |
|  |
| Sect. |  | Mediul U/R |  |  | Str.............................................................................. | Nr. ........... | Bl. .......... | Sc. .......... | Ap. ............ |
|  |
| **Naționalitate**: | Română |  |  Alta |   | Stare civilă: | ……..….......................... | Telefon: | .......................................................... |
|  |
| **Limba Vorbită: Română/ .............................****Ocupaţia**:fără ocupaţie(1); salariat(2);lucrător pe cont propriu(3);patron(4);agricultor(5);elev/student(6);şomer(7); pensionar(8)  |  |
| **Locul de muncă**.................................................................................................................................................................. |
| **Nivel de instruire**: fără studii (1); ciclu primar (2); ciclu gimnazial (3); şcoală profesională (4); liceu (5) |  |
|  şcoală postliceală (6); studii superioare de scurtă durată (7); studii superioare (8); nespecificat (9) |
|  |
| **C.I / B.I.** seria  |  |  | Nr. |  |  |  |  |  |  | Certificat naştere (copil) seria |  |  | Nr. |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Statut asigurat**:  |  Asigurat CNAS |  |  | Asigurare voluntară  |  |  Neasigurat  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 1. Asig. oblig. CAS
 |  |  | 1. Asig. facultativă CAS
 |  |  | 1. Acord internațional
 |  | 1. Card european
 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Nr.card european |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categ. asig. CNAS**: salariat (1); coasig. (2); pensionar (3); copil<18 ani (4); elev/ucenic/student 18-26 ani (5);  |  |
| gravidă (6) veteran (7); revoluţionar (8); handicap (9); PNS (10); ajutor social (11); şomaj (12); alte (13) |  |
|  |
|  |
| **Criteriu eligibilitate pentru preluare în serviciu de paliație**: .......................................................................................................................... |  |
| **Aparținător / Persoană-cheie implicată în îngrijirea pacientului:** |  |
| NUMELE ...................................................... | Grad de rudenie ............................................... | Telefon de contact ......................................... |
|  |
|  |  |
| **Medic de familie:** .................................................................................................................................................................................................... |
|  |
| **Diagnosticul de trimitere**:  |
| ........................................................................................................................................................................................................... |  |  |  |
|  |
| .............................................................................................................................................................................................. |  |  |  |  |  |

Complexitatea cazului la preluare: Complex

(suferință severä/comorbidități) Necomplicat

(suferință uşoará/medic)

Prognosüc estimat la admiterea in serviciu:

Zile Săptãmâni Luni Ani

Senuiãtura şi parafa medicului

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Diagnosticul principal la ieşirea din serviciu: .................................................................

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

Diagnostice secundare la ieşirea din serviciu (complicații / comorbidități):

1. .................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

1. .................................................................

Semnătura și parafa medicului curant

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

Starea la ieşirea din serviciu: vindecat (1); ameliorat (2); staționar (3); agravat (4); decedat (5)

Tipul externării: extemat (1); externat la cerere (2); transfer interspitalicesc (3); decedat (4) Data și ora decesului: zi........ luna........ an........... ora

Diagnostic în caz de deces:

I. a. Cauza directă (imediată) ............................................................................................................................

b. Cauza antecedentă.............................................................................................................

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

Stări morbide inițiale:

1. ........................................................................................ ........................
2. .......... ...............................................................

II. Alte stări morbide importante ..........................................................................................................................

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

Condiții de viață și muncă: ............................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Comportamente(fumat,alcool,etc)...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 **MOTIVELE** SOLICITĂRII SERVICIULUI:

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

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

2

Initiale Pacient

**AȘTEPTĂRILE PACIENTULUI/FAMILIEI LA LUAREA ÎN EVIDENȚA**  **SERVICIULUI DE PALIAȚIE:**

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

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

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

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

ANAMNEZA:

* + 1. antecedente hetero colaterale

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

* + 1. Antecedente personale, fiziologice și patologice

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

Deficiențe : Nu Da , regăsite în documentație

* + 1. Medicație de fond administrată înaintea preluării (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

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

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

ISTORICUL BOLII:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3

**EVALUAREA HOLISTICĂ** ȘI EXAMENUL CLINIC GENERAL Data (zz/11/aaa) *OO/OO/OOO*

PROBLEME, SIMPTOME ȘI SEMNE

*Se va nota intensitatea semnelor și simptomelor pe o scala de la 1 la 10 sau scală verbalâ (ușoarâ, moderată, severă, neprecizată), după caz, minim la semnele și simptomele marcate cu \**

Status de performanță sau Scala PPS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% | 30% | 20% | 10% | 0% |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

pe Scala **ECOG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |

Mobilizare:

* activă
* cu sprijin
* pasivă

Fatigabilitate........................................................................................

1. Tegumente / Mucoase / Tesut Celular Subcutanat
* limfedem/edem .....................................
* stome/ fistulă ........................................
* escare (grad) .......................................
* erupții........................................
* tumori ulcerate........................................
* prurit\*.......................................
* altele.....................................................................................................................
1. Sistem ganglionar

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

1. Sistem Osteoarticular/Muscular

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

1. Aparat respirator
* dispnee\*..................................
* tuse\* .......................
* sughiț .........................
* altele .......................
* hemoptizie .......................

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

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

1. Aparat cardiovascular

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

Initiale Pacient .............................................. FO nr.

1. Aparat digestiv
* inapetență\*................
* xerostomie\* .............
* candidoză bucală.......
* constipație ................
* hematemeză/melenă/rectoragie .................................
* greață\* .................................
* vărsături .................................

.

1. Starea de nutriție

 Normală

Precașexie

 Cașexie

 Greutate .......................... Inălțime ..........................

 Alimentație:

singur cu ajutor sondă nazogastrică

gasbostomă/jejunostomă

dietă

1. Aparat uro-genital
* hematurie ..........................................................
* incontînență urinară ............
* glob vezical .....................................................
* oligo/anurie ....................

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

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

Pacient purtător de

* sondă urinară
* pampers
* condom

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

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

1. Sistem nervos, endocrin, organe dc simt

deficit motor ......................

insomnie\* ...........................

depresie\* ...........................

convulsii ............................

anxietate ...........................

altele ...........................

mioclonii ...........................

atac de panică ..........

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

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

1. Starea de conștiență

Pacientul a fost mai confuz în ultimul timp?

* Nu
* Da
* Nu se cunoaște
* Comă
* delir hipoactiv. .............................
* delir mixt..........................
* delir hiperactiv..........................

SCOR RISCURI:

* **Escare**............................................. (ex: **Waterloo)**

•Cadere ................................................

* Agitatie............................................. (ex: Richmond)
* Flebite .................................................

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ - ÎNGRIJIRI PALIATIVE

# Instrumente și Formulare adiționale - Foaie Evaluare simptome

### Formular adițional Pediatrie P6

 EVALUAREA SIMPTOMELOR

|  |
| --- |
| Durere / disconfort |
| Cuvinte folosite în descriereadurerii:Localizare:VAS. O Facială E 0-5 O 0 -10Nivelul durerii:Sedare 0-5: | Tipul durerii:O Ascutită O Surdă O CronicO Arzătoare0 Radiantă | O PuseuOPresantă O Severă 0 Crampă OPulsantă | Durata dureriî:O Constantă0 IntermitentăO Frecvența: | Semne/simptome non-verbaleo lritabilitateO Grimase faciale O PlânsO Mobilitate scăzutăO Agitat'eo VăietatO RigiditateO Reticen\i la atingerea locului dureros O Poziție fetalăO Pupile dilatateO Modificarea semnelor vitale |
| Tratament medicamentosMedicația: Actiune lungă: Breakthrough:Co-analgezice: Rezultat: O DA O NU | Intervenții ne-farmacologice:  Pozit'e confortabilă:Factori calmanți: |
|  | Factori agravanți: |  |
|  | O Necesită interve• t'e viitoare |  |
| Comentarii:.................................................................................................................................................... .... ............................................................................................................................................ |

Marcați fiecare cfisu[fi cu culoarea aleasă de ooplJ:

Fără durere Durere ușoară Durere moderată Durere severă Făr4 suferinja Pu]ină suferiny Su ferirqfi modernă Siiferin@ puternică

   



**FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ** - **ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

**Instrumente și Formulare adiționale** — **Scale de evaluare** a **durerii la copii Formular în situații particulare- Pediatrie, P2**

##### SCALE DE EVALUARE A DURERII LA COPII

1. Evaluarea durerii la copiii care nu comunică — Scala FLACC (face, legs, activity,

crying and consolability — față, picioare, activitate, plâns și consolare)

|  |  |
| --- | --- |
| **Față** | 1. — nicio expresie facială sau zâmbet
2. — grimasă sau încruntare ocazională, aspect retras, dezinteresat 2 — bărbie tremurândă frecvent sau constant, maxilar încleștat
 |
| **Picioare** | 1. — poziție normală sau relaxată
2. — incomod, neliniștit, încordat
3. — lovituri cu piciorul sau membrele inferioare flectate pe piept
 |
| Activitate | 1. — stă liniştit, poziție normală, se mișcă ușor, fără dificultăți
2. —agitație, mişcări înainte și înapoi, încordare 2 — trupul arcuit, rigid, convulsii
 |
| **Plâns** | 1. — fără plâns (veghe sau somn)
2. — gemete sau scâncete; acuze ocazionale
3. — plâns constant, țipete sau suspine; acuze frecvente
 |
| **Consolare** | 1. — mulțumit, relaxat
2. — se liniștește prin attngeri ocazionale, îmbrățișări sau când i se vorbește, i se poate distrage atenția
3. — greu de consolat sau alinat
 |

# Evaluarea durerii la copiii cu vârsta cuprinsă între 4-7 ani — Scala facială WONG-BAKER



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Fără durere | Doare puțin | Doare un picmai mult | Doare și maimult | Doare foartetare | Cea mai maredurere |

1. Evaluarea durerii la copiii de vârstă școlară și adolescenți -

### Scale numerice

#### Scala durerii

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fără

durere

#### Scala suferinței

Durere

medie

Durere extremă



Fără

suferință

Suferință redusă

Suferință moderată

Suferință

mare

Suferință extremă

Initiale Pacient

EVALUARE PSIHO-EMOTIONALA

* **Evaluare inițială**
* Reevaluare

FO nr. ............

Data (zz/l1/aaa) / /

1. Comunicarea cu pacientul:

a. Incapacitate fizică/psihîcă de comunicare cu pacientul ..............................................................

* 1. Conștientizarea stadiului actual aI bolii de către pacient (diagnostic? Prognostic?):

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

* 1. Pacientul doreşte mai multe informații DA/Nu
	2. Temeri legate de boală:

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

* 1. Reacții emoționale ale pacientului legate de boală, de consecințele acesteia și opțiunile terapeutice

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

1. Comunicarea cu familia:
2. Conștientizarea stadiului actual al bolii de către familie

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

1. Exîstă obstacole în comunicarea deschisă între pacient/familie și personalul medical

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

1. Evaluarea riscului de doliu pentru apart,înători

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

1. Recomandare pentru asistență psihologică

Pacient accept / refuz Apartinători accept / refuz

EVALUAREA SPIRITUALĂ - RELIGIOASĂ

Pacientul: Credincios Confesiune, rit .................................

Practicant Nepracticant

Credința este importantă: Da Nu

Ateu

Sprijin spiritual/religios din partea unei comunități..................................

Pacientul se simte împăcat sufletește:

Ce îl susține/ajută pe pacient

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

Pacientul doreşte asistență spirituală și religioasă din partea echipei: da..... nu......

7

EVACUARE STARE SOCIALĂ

**Arbore enealogic**

Suport social

Familia joacă un rol important în îngrijire: Da Pacientul sau familia au nevoie de informații/sprijin pentru:

Nu Nu e cazul

Obținere de drepturi legale  Îngrijire

 Administrare medicație

Obținere beneficii/servicii sociale

Condițit de locuit/ status financiar:

Nevoie de echipament (scaun cu rotile, cadru de mers, baston, cârjă, toaletă mobilă, etc.)

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

**ÎNTÂLNIRI PROGRAMATE CU PACIENTUL ȘI / SAU APARȚINĂTORII**

**vizând managementul cazului**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Scopul | Rezumatul discuțtei/ Semnătura coordonatorului întâlnirii |
|  |  |  |

###  8

Initiale Pacient......................

### COORDONAREA 1NGRIJIRII

1. **Colaborarea** pacientului cu personalul **de îngrijire**

Pacientul este : Compliant la tratament/îngrijiri

Cooperant la îngrijiri

1. Luarea **deciziilor:**

FO nr.....................

Da Da

Modul de implicare a pacientului/familiei în procesul decizional vizând managementul de caz:

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

Preferința pacientului penttu decizîe autonomă participativă

Preferința pacientului pentru decizîe patemalistă (personalul clinic decide și informează pacientul) Preferința pacientului pentru delegarea deciziei către familie și personalul clinic

1. Locul preferat dc îngrijire la sfârșitul vieții:
2. **Discutarea** pacientului în **întâlniri** interdisciplinare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Problema/Scop | Concluzii/ Semnătura coordonatorului întâlnirii |
|  |  |  |

## EPICRIZA ȘI RECOMANDARI LA EXTERNARE:

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

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

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

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

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

Data: ............... ......................................

### ”

**Medic** .....................

Departament / Secție ...................

Semătura **și parafa** medicului ............................ ............................

9

### PLAN DE ÎNGRIJIRE INTERDISCIPLINAR

*(la nevoie, completare prin Foaie repetitivâ)*

###### COORDONATORDECAZ.............................................................................................................

Semnătura pacient/ apartinator (specificat Nume, Prenume)

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

Data Probleme/ Nevoi/ Dg nursing

Severitate, cauza

Obiective

Interventii/ Responsabil(i)

Evaluare/ Revizuire 1, 2, 3 / Data /Semnătura



10

### PLAN DE ÎNGRIJIRE INTERDISCIPLINAR

*(la nevoie, completare prin Foaie repetitivâ)*

COORDONATORDECAZ.............................................................................................................

Semnătura pacient/ apartinator

(specificat Nume, Prenume)

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

Probleme/ Nevoi/ Dg nursing Severitaie, cauza

Data/

Obiective Interventii/ Responsabil(i)

Evaluare/ Revizuire 1, 2, 3/ Data /Semnătura



\*\*“\*\* \*\*“\*

FOAIE DE MEDICAȚ I E – DOMICILIU/UP

Nume și prenume......................................................................................................................................................FO..................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicație/Data | Data: | Data: | Data: | Data: |
| MedicațieDozaRata de administrareCalea de administrare |  |  |  |  |
| MedicațieDozaRata de administrareCalea de administrare |  |  |  |  |
| MedicațieDozaRata de administrare Calea de administrare |  |  |  |  |
| MedicațieDozaRata de administrareCalea de administrare |  |  |  |  |
| MedicațieDozaRata de administrare Calea de administrare |  |  |  |  |

1

EVALUARE KINETOTERAPEUTICA

NUME.................................................. Data nașterii.................................................. Vârsta........

PRENUME..................................................

DIAGNOSTIC: ..........................................................................................

DATA EVALUARE INIȚIALA:..................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Mobilizarea:Trecerea de la o poziție la alta: |  |
| Deplasarea în interiorullocuinței: |  |
| Deplasarea în exteriorullocuinței: |  |
| Folosirea mâinilor: |  |
| Alimentarea: |  |
| Igiena corporală: |  |
| Imbrăcat/ Dezbrăcat: |  |
| Comunicarea: |  |
| Starea generală: |  |
| Atitudinea corpului : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Evaluarea mobilitățiiarticulare: |  |
| Evaluarea forțeimusculare: |  |
| Evaluarea mersului și aprehensiunii: |  |

Evoluție:

Recomandări

Kinetoterapeut:

Semnătură și parafa

FISA DE EVALUARE/REEVALUARE MIOARTICULARA

Numele pacientului.. ..................................................

Testare musculara

Testare articulara

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Evaluare | Reevaluare |  | Evaluare | Reevaluare |
| D | S | D | S |  | D | S | D | S |
|  |  |  |  | TRUNCHI/GAT-fiexie |  |  |  |  |
|  |  |  |  | EXTENSIE |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ROTATIE |  |  |  |  |
|  |  |  |  | SOLD- FLEXIE 120° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | EXTENSIE 30° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ABDUCTIE 45° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ADDUCTIE 30° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ROTATIE INTERNA 45° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ROTATIE EXTERNA 45° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | GENUNCHI- FLEXIE 135° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | EXTENSIE 0° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | GLEZNA- D**ORSI-FLEXIE**20° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **FLEXIE** PLANTA RA 50° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | INVERSIE 35° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | EVERSIE 15° |  |  |  |  |

Pentru testarea musculara se utilizeaza scala cu 6 trepte (5-0):

5= N (NORMALA) , 4 - B (BUNA), 3 = A (ACCEPTABILA), 2 = M (MEDIOCRA), 1 = S (SCHITATA), 0 - Z (ZERO)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Umar- Abductie 180° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Rotatie externe 90 ° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Rotatie interna 90 ° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Flexie 180 ° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Extensie 180° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Cot- Flexie 150° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Extensie O° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Pronatie 90° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Supinatie 30°** |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Pumn- Flexie 80° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Extensie 70° |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Falange — Flexie |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Extensie |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Apozabilitate Police |  |  |  |  |

Numele kinetoterapeutului :

Data evaluare: Data reevaluare:

FISA DE EVALUARE/REEVALUARE A ACTIVITATILOR VIETII ZILNICE (AVZ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elemente de analiza | Evaluare | Reevaluare |
| 1. Elemente de analiza : in pat :- sta in sezut |  |  |
| - Se intoarce |  |  |
| - Manevreaza obiecte |  |  |
| 2. Alimentatia :- manaca singur |  |  |
| - Bea din pahar |  |  |
| 3. Igiena :- se spala singur |  |  |
| - Se piaptana |  |  |
| - Intra/iese din casa |  |  |
| - Face baie/dus |  |  |
| - Se berbeiieste |  |  |
| - Manipuleaza imbracamintea la wc |  |  |
| 4. Imbracarea : - imbraca si dezbraca haine |  |  |
| - Incheie si descheie nasturi |  |  |
| - Incalta si descalta pantofi |  |  |
| - Face noduri la sireturi |  |  |
| 5. Utilitati : - rascuceste butoane |  |  |
| - Inchide/ deschide usa |  |  |
| 6. Comunicarea : - scrie |  |  |
| - Formeaza numar de telefon |  |  |
| 7. Transferuri :- din / pe scaun si invers |  |  |
| - Pe wc |  |  |
| - Baie, dus |  |  |
| 8. Locomotorie : - sezand nesprijinit |  |  |
| - Ridicare din sezand |  |  |
| - Asezat in ortostatism |  |  |
| Culege obiecte de pe sol |  |  |
| - Intre/iese din pat |  |  |
| - Merge cu scaun cu rotile 30 min |  |  |
| - Merge singur |  |  |
| - Merge cu spatele |  |  |
| - Merge lateral |  |  |
| - Urca trepte cu sprijin bara |  |  |
| - Urca trepte fara sprijin |  |  |
| - Se aseaza si se ridica de pe dusumea |  |  |
| Pas peste obstacole |  |  |

Numele kinetoterapeutului : Data evaluare initiala : Data reevaluarii:

FOIAE DE OBSERVATIE (KINETOTERAPEUT)

Tulburari de O Cefalee

confoi4 O Ameteli

Pierderea cunostintei O Oboseala

Anxietate

O Nu sunt

Alterarea mobilitatii (deficit functional)

1. Pozitie

O Vicioase O Rigida

Articulatie blocata

1. Miscari

O Necoordonate Asimetrice

O Tiuri

O Inexistente

1. Mers

O Nu sunt

Nu sunt

Ataxie O Nesigur O Tarsait

Nu sunt

1. Membre Paralizie :

Traumatisme

MID

O MSD MIS MSS

O Nu sunt

Nu sunt Nu sunt

MID

O MSD MIS MSS

Diminuarea fortei musculare :

MID MSD

O MIS O MSS

Tulburari de sensibilitate

O Paiestezii O Hiperstezii

Tulburari de sensibilitate tactile la: Cald Rece

-In partea................

Nu sunt

Numele kinetoterapeutului :

Data evaluare: Data ieevaluare:

Initiale Pacient ....... .. FO nr. . ....

###  FOAIE DE EVOLUȚUIE ȘI INTERVENȚII ALE ECHIPEI INTERDISCPLINARE

### *(la nevoie, completare prin Foaie repetitivă)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Evoluție/Intervenție | Profesie/Semnătura |
|  |  |  |

15

FOAIE DE EVOLUȚUIE ȘI INTERVENȚII ALE ECHIPEI INTERDISCPLINARE

*(ta nevoie, completare prin Foaie repetitivă)*



Data

Evolutie / Interventie

16

Profesie/

Semnătura

Data și număr de înregistrare....................

### FIȘA DE ÎNCHIDERE A CAZULUI

Nume și prenume:. .. . . ........... . . . . . . . . . ....... . . . . ...... . . . . . . . . ... ............

### Data și locul nașterii:.............................................................

Domiciliu:.......... . . . . . . . . . . . . . . . . . .. ............ . . . . . . ....... . . . . . . . . . ..

### Data preluării în îngrijire:......................................................

Cauzele închiderii caz:

### Prin acordul de voință a părților

### Forța majoră, dacă este invocată

* Decesul beneficiarului

### Data închiderii:...................................................

Întocmit,

### Beneficiar/Aparținător,