

Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefono nr.

KINEZITERAPIJOS KORTELĖ

1. Vardas, pavardė
2. Gimimo data.....
3. Lytis (*pažymėti*): vyras moteris
4. ESI / Gydyto stacionare ligos istorijos / Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos numeris.....
5. Susirgimo, traumos data ir aplinkybės.....
.....
6. Klinikinė diagnozė, TLK-AM-10 kodas.....
.....
7. Informacija apie gydymą ir procedūras.....
.....
8. Kineziterapinė diagnozė
-

SOCIALINIAI DUOMENYS:

9. Gyvenimo sąlygos (*pažymėti, įrašyti*):

- Gyvena vienas Gyvena su artimaisiais Gyvena vienas namuose, bet yra reikalinga kito asmens priežiūra / pagalba
 Gyvena socialinės globos įstaigoje Kita.....

10. Užimtumas (*pažymėti, įrašyti*):

- Dirbantis, profesija..... Bedarbis, priežastis..... Studentas / moksleivis
 Pensininkas Kita.....

GYVENAMOJI APLINKA:

11. Kur gyvena (*pažymėti, įrašyti*):

- Privačiame name Bute Kita.....

12. Ar gyvenamojoje aplinkoje yra (*pažymėti, įrašyti*):

- Liptai (su / be ranktūrio) Lifas Slenksčiai
 Pandusas WC ir kiti patogumai Kita.....

13. Naudojamos techninės pagalbos priemonės (*pažymėti, patikslinti*):

- Lazda Ramentai Vaikštyne
 Neįgaliojo vėžimėlis..... Įtvarai Kita.....

14. Paciento bendros sveikatos būklės vertinimas (*vertina pacientas*):

- Puiki Gera Patenkinama Bloga

15. Nusiskundimai.....
.....
16. Paciento lūkesčiai
.....
17. Mobilumas (1 – savarankiškai, 2 – su minimalia pagalba, 3 – su vidutine pagalba, 4 – su maksimalia pagalba):
 Vertimasis Atsisėdimas Persikėlimas Atsistojimas Stovėjimas
 Ėjimas
18. Kineziterapijos tikslas ir prognozė:
.....
.....
19. Kineziterapijos uždaviniai:
.....
.....
20. Kineziterapijos planas:
.....
.....
.....
.....
21. Kita svarbi informacija:.....
.....
.....
22. Kineziterapijos rezultatai / rekomendacijos:
.....
.....
23. Atliktų procedūrų skaičius:
24. Galutinis įvertinimas:
.....
.....
25. Rekomendacijos:
.....
.....
.....
26. Data.....
27. Kineziterapeutas
(spaudas, parašas)

