

.....
nazwa podmiotu leczniczego

.....
miejscowość, data

SKIEROWANIE DO SANATORUM VERANO

TURNUSY REHABILITACYJNE Z ZAKRESU PULMONOLOGII DZIECIĘCEJ DLA DZIECI Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBYMI DOLNYCH I GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH, W TYM Z MUKOWISCYDOZĄ W RAMACH PROJEKTU „VERANO DLA DZIECI”

DOKUMENT PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

Pesel:

Masa ciała:

Wzrost:

.....

Rozpoznanie główne:

.....
.....

Rozpoznanie współistniejące:

1.
2.
3.
4.

Dotychczasowe leczenie żywieniowe

TAK

NIE

Jeżeli TAK to jaka jest zalecona dieta?

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

Dotychczasowa opieka psychologiczna

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---------------------------	---------------------------

Jeżeli TAK to jaka?

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

Dotychczasowa fizjoterapia

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---------------------------	---------------------------

Jeżeli TAK to jaka?

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

Proponowany schemat rehabilitacji (wskazany dla przewlekłych chorób układu oddechowego)

Zabiegi Rehabilitacyjne dla dzieci – zaznacz krzyżykiem, które są wskazane dla dziecka :

- Gimnastyka Indywidualna
- Gimnastyka Grupowa
- Ćwiczenia oddechowe
- Inhalacje
- Drenaż Autogeniczny
- Basen Solankowy
- Grota Solna
- Nordic Walking
- Spirometria

Tolerancja wysiłku

<input type="radio"/> Dobra	<input type="radio"/> Umiarkowana	<input type="radio"/> Niska
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

Przyjmowane aktualnie leki z dawkowaniem

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

Jakie leki powinien pacjent przyjmować w trakcie pobytu na turnusie?

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

Uczulenie na pokarm

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---------------------------	---------------------------

Jeżeli TAK to jakie?

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

Uczulenie na leki

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---------------------------	---------------------------

Jeżeli TAK to jakie?

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

Stan pacjenta z mukowiscydozą:

Stan ogólny:

<input type="radio"/> dobry	<input type="radio"/> średni	<input type="radio"/> ciężki
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

Czy pacjent wymaga tlenoterapii?

<input type="radio"/> nie wymaga	<input type="radio"/> wymaga:
	<input type="radio"/> okresowo
	<input type="radio"/> w nocy
	<input type="radio"/> całodobowo

Niezbędne załączniki:

1. Kopia ostatniej karty wypisowej
2. Kopie najważniejszych dokumentów medycznych opisujące przebieg choroby dziecka
3. Należy ze sobą zabrać książeczkę zdrowia.

Aktualnie Pacjent jest w stanie stabilnym, bez zaostrzenia choroby podstawowej, może uczestniczyć w turnusie rehabilitacji oddechowej wg powyższego schematu rehabilitacji.

Podpis i pieczęć lekarza