Анкета

*Приложите, пожалуйста, к анкете скан/фото выписки из амбулаторной карты и/или заключения наблюдающих вас врачей и других специалистов.*

1. Ф.И.О пациента/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО сопровождающих

2. Телефон:

3. Место жительства:

4. Возраст

5. Рост

6. Вес

7. Режим питания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Какая пища в рационе?

 (Разнообразная, диетическая, вегетарианская, медицинские питательные смеси, комбинированные питательные смеси)

9. Какие медикаменты используется ежедневно?

10. Перечислите все навыки самообслуживания, которые удается выполнить успешно (одевание, умывание, прием пищи, питье, туалет, уход за собой и т.д.)

11. Опишите способ передвижения и перемещения по дому и на улице

12. Выполнение каких действий требует помощи других людей?

14. Какие технические средства реабилитации использует повседневно?

15. Какие медицинские изделия вы используете в повседневной жизни?

16. Какое количество часов физической нагрузки в день? (Включая смену положения, перемещение, ежедневные домашние дела и самообслуживание)

17. Выполняются какие-нибудь физические упражнения ежедневно или с регулярной периодичностью?

18. Возникают ли трудности с дыханием?

1) при смене положение тела;

2) в покое;

3) при выполнении физической нагрузки руками в положении сидя;

4) при выполнении физической нагрузки руками в положении лежа;

5) в других случаях.

19. Возникает ли боль?

1) в покое;

2) при смене положение тела;

3) во время движений;

4) в других случаях; если да, то укажите место ощущения боли

20. Какое функциональное ограничение является наиболее важным?

21. Уровень образования и/или наличие обучения на данной момент, какая форма обучения?

22. Есть ли опыт посещения спортивных и досуговых центров? Если да, то опишите какой.

23. Какие процедуры двигательной реабилитации посещает регулярно?

24. Какие процедуры реабилитации посещаются периодически или курсом?

25. Какие процедуры реабилитации вам кажутся наиболее эффективными?

26. Какие процедуры и методы реабилитации не приемлемы?

27. По возможности приложите скан/фото последнего выписного эпикриза (заключения) после госпитализации в стационаре или выписку из амбулаторной карты.

*Приложите, пожалуйста, к анкете скан/фото выписки из амбулаторной карты и/или заключения наблюдающих вас врачей и других специалистов.*

*Благодарим за предоставленную информацию.*

*Заполненную анкету ждем по e-mail адресу* *eirmed@mail.ru*