

Prosimy o dołączenie etykiety pacjenta lub pełnych danych poniżej.

Imię i nazwisko: _____

Numer szpitalny: _____

Numer NHS: _____

Data urodzenia: _____



Royal Papworth Hospital
NHS Foundation Trust

Wszystko o mnie

Kwestionariusz samooceny



Wypełnij i zabierz ze sobą na następną wizytę w szpitalu Royal Papworth

Podaj nam jak najwięcej informacji. Jeśli nie masz pewności, zapytaj swojego lekarza.

Twoje dane

Preferowane lub imię:

Nazwisko:

Data urodzenia: / /

Kraj urodzenia:

Preferowany język:

Wymagany tłumacz: Tak Nie

Adres domowy:

Kod pocztowy:

Numer tel. stacjonarnego:

Numer tel. komórkowego:

Kontakt w nagłych wypadkach

Preferowane lub imię:

Nazwisko:

Relacja (kim ta osoba jest dla Ciebie):

Preferowany język:

Wymagany tłumacz : Tak Nie

Adres:

Kod pocztowy:

Numer telefonu stacjonarnego:

Numer telefonu komórkowego:

Musimy lepiej zrozumieć Twoje środowisko rekonwalescencji. Niektóre odpowiedzi będą wymagały zapisania pomiarów: Jeśli nie możesz tego zrobić, poproś o pomoc przyjaciela lub krewnego. Zaznacz pola Tak lub Nie na następnej stronie i zapisz wszelkie dalsze informacje w odpowiednich miejscach. Na stronie 11 jest dodatkowe miejsce, jeśli go potrzebujesz.

Kto z Tobą mieszka

Mieszkas sam/a? Tak Nie

Jeśli nie, kto z Tobą mieszka: Małżonek/Partner Krewny Inny

Czy on/ona jest sprawny/a i zdrowy/a? Tak Nie

Jeśli nie, podaj szczegółowe informacje:

Czy są w stanie wesprzeć Cię przy wypisie ze szpitala? Tak Nie

Jeśli nie, kto będzie Cię wspierał?

Czy opiekujesz się drugą osobą? Tak Nie

Jeśli tak, podaj szczegóły:

Wiek:

Czy nosisz osobisty alarm/alarm upadku? Tak Nie

Czy masz sejf na klucze poza domem? Tak Nie

Transport

Kto zabierze Cię ze szpitala do domu po wypisaniu ze szpitala? Prosimy o podanie danych kontaktowych:

Imię i nazwisko:

Numer tel. stacjonarnego:

Numer tel. komórkowego:

Czy prowadzisz samochód? Tak Nie

Czy masz niebieską kartę (blue badge)? Tak Nie

Twój dom

Czy mieszkasz w: (proszę zaznaczyć)



Dom (ze schodami)



Budynek parterowy



Mieszkanie/apartament/ mezoneta

Które piętro?



Administrator/ dom chroniony

Bezdomny

Inne, np. dom spokojnej starości lub przyczepa kempingowa:

Planujesz powrót do własnego domu po operacji? Tak Nie

Jeśli nie, proszę podać, dokąd planujesz się udać (podaj adres i dane kontaktowe):

Wewnątrz domu – ogrzewanie

Ogrzewanie: (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)



Centralne ogrzewanie



Kominiek gazowy



Kominiek elektryczny



Paliwo stałe



Olej

Inne (proszę określić):

W Twoim domu – dostępność

Czy masz: (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)

Schody przy drzwiach frontowych Ile? Czy jest poręcz? Tak Nie

Schody przy drzwiach tylnych Ile? Czy jest poręcz? Tak Nie

Schody Czy jest przy nich poręcz? Po lewej
 Po prawej
 Nie

Czy któraś z poręczy kończy się w połowie schodów? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać, gdzie:

Czy masz obecnie trudności z wchodzeniem lub schodzeniem po schodach? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

Czy masz windę przy schodach? Tak Nie

Czy prowadzi na samą górę? Tak Nie

Jeśli nie, proszę podać szczegółowe informacje:

Czy w budynku jest winda? Tak Nie

Czy zwykle działa? Tak Nie

Czy masz jakieś inne dodatkowe schody w swoim domu? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

Jeśli wybierasz się do rodziny lub przyjaciół, podaj wymiary swoich mebli, a także ich mebli. Na stronie 11 jest dodatkowe miejsce, jeśli go potrzebujesz.

W Twoim domu – toaleta

Gdzie jest twoja toaleta: (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)

Na górze Na dole Na zewnątrz Inne (należy określić):

Czy masz trudności z siadaniem lub wstawaniem z toalety? Tak Nie

Jaka jest wysokość toalety od podłogi do deski sedesowej łącznie z deską?
(Jeśli masz podwyższoną deskę sedesową, zmierz z nią)

Toaleta na piętrze: cm cale (proszę określić)

Toaleta na dole: cm cale (proszę określić)



Czy Twoja toaleta jest wolnostojąca (jak pokazano na powyższym obrazku) czy wbudowana w szafkę podumywalkową?

Wolnostojąca Wbudowana

Czy masz podniesioną deskę sedesową lub inne wyposażenie w toalecie, np. poręczę?

Tak Nie Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

W Twoim domu – kąpiel

Gdzie jest Twoja łazienka: (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)

Na górze Na dole Inne (określić):

Czy zwykle bierzesz: (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)

Kąpiel Tak Nie

Prysznic Tak Nie

Mycie całego ciała w pozycji siedzącej Tak Nie

Mycie całego ciała w pozycji stojącej Tak Nie

Jeśli bierzesz prysznic, czy jest to: Prysznic z odpływem wody w posadzce Kabina Prysznic nad wanną

Jeśli jest to prysznic nad wanną, jaka jest szerokość wanny (od ściany wyłożonej kafelkami do bliższej krawędzi bocznej)?

szerokość:

Jeśli kabina, jakie są wymiary brodzika?

szerokość:

długość:

Czy jest ceramiczny czy plastikowy? Ceramiczny Plastikowy

Jeśli jest stopień, jak wysoki jest?

wysokość: brak stopnia

Czy jest siedzisko prysznicowe lub stołek, jak wysokie jest?

wysokość: brak siedziska/stołka



Czy miałbyś/miałabyś miejsce przed umywalką na stołek? Tak Nie

Czy korzystasz z sedesu pokojowego? Tak Nie

Jeśli tak, jaka jest wysokość siedziska od podłogi?

cm cale (proszę określić)

Jeśli tak, kto ją opróżnia dla Ciebie?

Czy masz trudności z samodzielnym myciem i/lub ubieraniem się? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

W Twoim domu – sypialnia

Gdzie jest Twoja sypialnia: (proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)

Na górze Na dole Inne (określić):

Czy Twoje łóżko to?



Pojedyncze łóżko

Tapczan Z listwami



Podwójne łóżko

Tapczan Z listwami



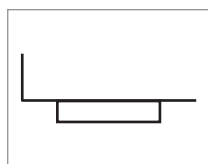
Rozkładana sofa



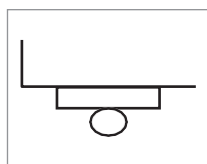
Łóżko elektryczne

Łóżko futon/płaskie, bez nóżek Inne (proszę opisać):

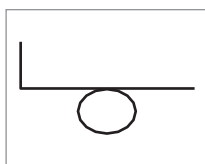
Który schemat najlepiej odzwierciedla nogi przy Twoim łóżku?



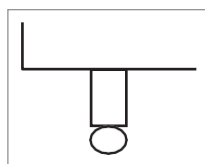
A



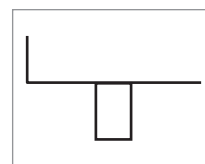
B



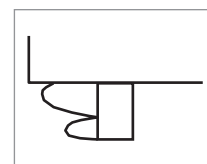
C



D



E



F

Czy masz trudności z wejściem na łóżko?

Tak Nie

Czy masz trudności ze wstaniem z łóżka?

Tak Nie

Czy masz jakiś sprzęt, który pomoże Ci wejść/zejść z łóżka?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

Jaka jest wysokość łóżka od podłogi do góry materaca?

cm cale (proszę określić)



Jaka jest wysokość łóżka, gdy

cm cale (proszę określić)



Liczba nóg/kótek:

Średnica:

Czy gdyby zaszła taka potrzeba, jest miejsce, aby znieść łóżko na dół? Tak Nie

Jeśli tak, a musisz przenieść łóżko na dół, z kim możemy się

skontaktować, aby to załatwić, gdy jesteś w szpitalu?

Imię i nazwisko:

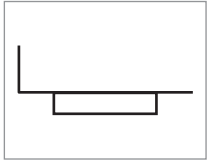
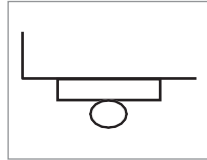
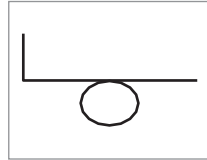
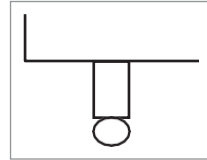
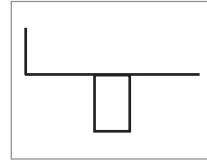
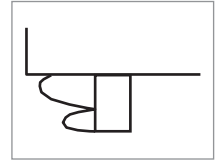
Relacja (kim ta osoba jest dla Ciebie):

Numer kontaktowy 1:

Numer kontaktowy 2:

W Twoim domu – meble

Który diagram najlepiej odzwierciedla nogi przy Twoim fotelu?


 A

 B

 C

 D

 E

 F

Jak wysoko nad podłogą znajduje się siedzisko fotela (foteli) **GDY KTOŚ NA NIM SIEDZI?**
 (Zaznacz i odpowiedz na wszystkie pasujące)

Czy korzystasz z fotela?

 Tak

 Nie


wysokość

Jeśli tak, podaj poniżej szczegóły dotyczące wysokości:

 cm cale (proszę określić)

Czy ma ramiona?

 Tak Nie

Czy fotel jest

 Twardy Miękki

Czy fotel się rozkłada

 Tak Nie

Jeśli tak, to czy ma

 ręczne odchylenie oparcia elektryczne odchylenie oparcia

czy jest to rozkładany fotel z możliwością podwyższenia?

 Tak Nie

Czy używasz kanapy?

 Tak

 Nie


wysokość

Jeśli tak, podaj poniżej szczegóły dotyczące wysokości:

 cm cale (proszę określić)

Czy ma ramiona?

 Tak Nie

Czy kanapa jest

 Twarda Mięka

Czy sofa rozkłada się?

 Tak Nie

Ile nóg ma sofa?

 Tak Nie

Czy używasz krzesła?

 Tak

 Nie

wysokość



Jeśli tak, podaj poniżej szczegóły dotyczące wysokości:

 cm cale (proszę określić)

Czy ma ramiona?

 Tak Nie

Czy krzesło do jadalni jest

 Twarde Miękkie

Inne? Sporządź szkic (narysuj):

 Tak

 Nie

Jeśli tak, podaj poniżej szczegóły dotyczące wysokości:

 cm cale (proszę określić)

Czy ma ramiona?

 Tak Nie

Czy krzesło jest

 Twarde Miękkie

Codzienne życie w domu – przygotowywanie posiłków

Czy jesteś w stanie samodzielnie przygotowywać posiłki? Tak Nie

Jeśli nie jesteś w stanie przygotować posiłków, czy masz kogoś, kto zrobi to za Ciebie? Tak Nie

Jeśli tak, proszę określić, kto:

Imię i nazwisko:

Relacja (kim ta osoba jest dla Ciebie):

Numer kontaktowy 1:

Numer kontaktowy 2:

Czy korzystasz z Meals on Wheels? Tak Nie

Masz kuchenkę mikrofalową? Tak Nie

Czy korzystasz z prywatnej usługi dostawy mrożonek? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

Czy masz krzesło i stół do jedzenia w kuchni, jeśli to konieczne? Tak Nie

Codzienne życie w domu – zajęcia domowe

Czy robisz własne zakupy? Tak Nie

Jeśli nie, proszę podać szczegóły:

Jeśli tak, to kto zgodził się pomóc Ci w zakupach po wyjściu ze szpitala?

Proszę sprecyzować:

Imię i nazwisko:

Relacja (kim ta osoba jest dla Ciebie):

Numer kontaktowy 1:

Numer kontaktowy 2:

Czy sam/a wykonujesz prace porządkowe? Tak Nie

Jeśli nie, proszę podać szczegółowe informacje:

Jeśli tak, kto będzie Ci pomagał w sprzątaniu/pracach domowych po opuszczeniu szpitala?

Proszę sprecyzować:

Imię i nazwisko:

Relacja (kim ta osoba jest dla Ciebie):

Numer kontaktowy 1:

Numer kontaktowy

2: Czy rozmawiałeś/aś z nimi o tym? Tak Nie

Czy robisz własne pranie? Tak Nie

Jeśli nie, proszę podać szczegółowe informacje:

Jeśli nie, kto pomoże Ci w praniu po wyjściu ze szpitala? Proszę sprecyzować:

Imię i nazwisko:

Relacja (kim ta osoba jest dla Ciebie):

Numer kontaktowy 1:

Numer kontaktowy

2: Czy rozmawiałeś/a z nimi o tym? Yes No

Codzienne życie w domu – zarządzanie opieką

Czy masz pracownika socjalnego/kierownika opieki? Tak Nie

Jeśli tak, proszę określić, kto:

Imię i nazwisko:

Numer kontaktowy:

Czy kiedykolwiek widziałeś/aś terapeutę zajęciowego poza szpitalem? Tak Nie

Jeśli tak, proszę określić, kto:

Imię i nazwisko:

Numer kontaktowy:

Czy pielęgniarka rejonowa odwiedza Cię w domu? Tak Nie

Jeśli tak, jakiego rodzaju usługi świadczy:

Jeśli tak, proszę określić, kto:

Imię i nazwisko:

Numer kontaktowy:

Czy masz pakiet opieki? Tak Nie

Czy jest on zapewniony przez Opiekę Socjalną, czy finansowany ze środków prywatnych? Opieka społeczna lub finansowane ze środków prywatnych

Ile masz przyznanych wizyt dziennie?

W czym pomagają?

Codzienne życie

Czy masz pracę? Tak Nie

Jeśli tak, powiedz nam, czym się zajmujesz:

Jakie zajęcia rekreacyjne wykonujesz?

Czy masz w domu zwierzęta? Tak Nie

Jakie masz zwierzęta?

Mobilność

	W domu	Poza domem	Nie dotyczy
Jedna laska	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Dwie laski	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Jedna kula	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Dwie kule	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Balkonik bez kół	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Balkonik z kołami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Wózek inwalidzki	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Niezależny/a	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>
Inne (określić):	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/>

Ile minut możesz chodzić?

Czy przewróciłeś/aś się w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak Nie

Jeśli tak, to ile razy?

Prosimy o zapisanie wszelkich pytań lub dodatkowych informacji związanych z odpowiedziami, których już udzieliłeś w poniższym miejscu.

Wypełnienie tej broszury pozwoli nam odpowiednio zaplanować z wyprzedzeniem bezpieczny wypis ze szpitala, określając potencjalne potrzeby i zapewniając, że opuszczenie szpitala i przejście do środowiska rekonwalescencji przebiegnie tak sprawnie, jak to tylko możliwe.

Pomoże nam to zaplanować zarządzanie opieką i zapewnić wszelki sprzęt lub usługi, których możesz potrzebować, aby usprawnić powrót do zdrowia.

Aby ograniczyć powtarzanie zebranych informacji, może być konieczne udostępnienie tych informacji lekarzom w szpitalu, innym działom NHS lub odpowiednim agencjom wsparcia, aby zapewnić jak najskuteczniejszą ciągłą opiekę.

Upewnij się, że masz ze sobą wypełnioną broszurę na wizytę w szpitalu Royal Papworth.

Jeśli masz jakiegokolwiek problemy z wypełnieniem tej broszury, skontaktuj się z Kliniką w Papworth (Papworth Preadmission Clinic) na **01223 638408**.

Royal Papworth Hospital NHS Foundation Trust
Papworth Road
Cambridge Biomedical Campus
CB2 0AY

Tel: 01223 638000 www.royalpapworth.nhs.uk

A member of Cambridge University Health Partners



Author ID: Cardiac Support Team, Occupational Therapy, Physiotherapy,
Cardiac Surgery, Advanced Nurse Practitioners, Directorate of Nursing.
Printed: June 2022
Review due: June 2024
Version: 5.1 (Translated by Cintra)

Egzemplarze drukowane dużą
czcionką oraz alternatywne
wersje językowe tej broszury
mogą zostać przekazane
na życzenie.