Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

Ankieta kwalifikacyjna do Projektu dla osób niesamodzielnych

CZĘŚĆ A - Wypełnia Kandydat/tka

Kwestionariusz ankiety ma na celu wstępne zdiagnozowanie problemów zdrowotnych kandydatów chętnych udziału w projekcie. Informacje zawarte w ankiecie mają charakter poufny i pozwolą na stworzenie indywidualnego profilu kandydata, ustaleniu jego najważniejszych potrzeb by zakwalifikować do udziału w projekcie.

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI

Imię (imiona) i nazwisko	Imię……..Nazwisko……..
Data Urodzenia	Dzień…….Miesiąc……Rok…….
PESEL (11 cyfr)	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Płeć	☐ **kobieta** ☐ **mężczyzna**
Adres zamieszkania Ulica, Nr domu, Nr lokalu, Miejscowość, Kod pocztowy	ulica……. nr domu i nr lokalu……. Miejscowość, kod pocztowy…….

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

1.Ile osób liczy Pana/i gospodarstwo domowe? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- ❑ Jedna osoba
- ❑ Dwie osoby
- ❑ Trzy osoby
- ❑ Cztery osoby
- ❑ Pięć osób
- ❑ Sześć osób
- ❑ Więcej niż sześć osób

2. Proszę wskazać wszystkie osoby, z którymi Pan/i mieszka:/Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- ❑ Mieszkam sam/a
- ❑ Żona/mąż
- ❑ Dzieci
- ❑ Inne osoby, jakie?.....

OGÓLNA SYTUACJA ZDROWOTNA

1.Jak ocenił(a)by Pan(i) swój aktualny stan zdrowia? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- ❑ Wspaniale
- ❑ Dobrze
- ❑ Przeciętnie
- ❑ Źle
- ❑ Bardzo źle

2.Czy jest Pan(i) osobą z orzeczoną niepełnosprawnością? /Więcej niż jedna odpowiedź/

- ❑ Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną – uszkodzenie narządu ruchu
- ❑ Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną – przewlekłe choroby wewnętrzne
- ❑ Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością sensoryczną – osoby niewidome i słabo widzące

❑ Tak, z orzeczoną niepełnosprawnością sensoryczną – osoby niesłyszące i słabo słyszące ❑ NIE
3.Jaki stopień niepełnosprawności orzeczono w Pana(i) przypadku? /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
❑ Znaczny stopień niepełnosprawności ❑ Umiarkowany stopień niepełnosprawności ❑ Lekki stopień niepełnosprawności ❑ Nie dotyczy
4.Czy występują u Pana(i)/można wskazać więcej niż jedną odpowiedź/
❑ Duszności ❑ Pokrzywka ❑ Obrzęki ❑ Swędzenie ❑ Skłonność do krwawień ❑ Epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności ❑ Żadne z powyższych
5. Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, inne?
❑ Tak (jakie?)..... ❑ Nie
6. Czy odczuwa Pan/i problemy w samodzielnym wykonywaniu następujących czynności: /Proszę odnieść się do każdej z wymienionych czynności/

Zakupy codzienne	❑ Tak	❑ Nie
Rozporządzanie własnymi pieniędzmi	❑ Tak	❑ Nie
Lekkie prace domowe (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)	❑ Tak	❑ Nie
Samodzielne jedzenie	❑ Tak	❑ Nie
Poruszanie się po pokoju	❑ Tak	❑ Nie
Pochylanie się	❑ Tak	❑ Nie
Kucanie i wstawanie	❑ Tak	❑ Nie
Podnoszenie lub dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg	❑ Tak	❑ Nie
Robienie samodzielne zakupów	❑ Tak	❑ Nie
Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów	❑ Tak	❑ Nie
Ubieranie i rozbieranie	❑ Tak	❑ Nie
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	❑ Tak	❑ Nie
Przygotowanie sobie posiłków	❑ Tak	❑ Nie
Utrzymanie higieny osobistej	❑ Tak	❑ Nie
Problemy z pamięcią krótkotrwałą (np. zapominanie tego, co się robiło chwilę temu, celu wyjścia z domu)	❑ Tak	❑ Nie
Zapominanie imion i nazwisk, nazw przedmiotów	❑ Tak	❑ Nie
Problemy z komunikacją	❑ Tak	❑ Nie
Uzależnienie od pomocy innych osób	❑ Tak	❑ Nie

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? ❑ Tak (z jakiego powodu)..... ❑ Nie 8. Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a)? ❑ Tak (kiedy i z jakiego

powodu).....
❑ Nie
9.Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?
❑ Tak (na co?).....
❑ Nie
10. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie jakieś leki?
❑ Tak (jakie?).....
❑ Nie

11. Czy korzysta Pan/i z czyjejś pomocy przy załatwianiu codziennych spraw (np. zakupy, sprzątanie, gotowanie)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
❑ Tak
❑ Nie
12.**Kim jest ta osoba lub osoby lub też instytucja, z pomocy której Pan/i korzysta? /Więcej niż jedna odpowiedź/**
❑ Małżonek/małżonka
❑ Syn/córka
❑ Członek dalszej rodziny
❑ Ośrodek Pomocy Społecznej
❑ Inna osoba lub instytucja, kto?.....
13. Czy osoba, z której pomocy korzysta Pan/i na co dzień jest Pana/i opiekunem prawnym (tzn. została powołana przez sąd do reprezentowania Pana/i)? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/
❑ Tak
❑ Nie

14.Jak Pan/i ocenia ogólną jakość usług zdrowotnych w Pana/i mieście/powiecie? /Jedna odpowiedź/

❑ Bardzo dobrze
❑ Raczej dobrze
❑ Raczej źle
❑ Bardzo źle
❑ Trudno powiedzieć

15. Co w zakresie dostępności usług zdrowotnych Pana/i zdaniem stanowi największy problem: /Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

❑ Odległe terminy wizyt
❑ Długość oczekiwania w kolejce
❑ Konieczność wczesnego wstawania, by zapisać się na listę oczekujących
❑ Zbyt mała liczba pacjentów przyjmowanych w jednym dniu
❑ Trudności w uzyskaniu skierowania do lekarza specjalisty
❑ Godziny przyjęć niedostosowane do potrzeb pacjentów

OŚWIADCZENIE

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym[1].
2. Deklaruję swoje uczestnictwo w projekcie pt.: **Aktywny senior na długie lata, RPOP-08.01.00-16-0026/18** realizowanym przez **EUROMEDYK SP.J. A. SOCHACKI, T.SOCHACKI** w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020).
3. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **Aktywny senior na długie lata**. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Projekcie dofinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

…..…… …..……

(miejscowość, data) (podpis Kandydata/tki)

[1] **Pouczenie:** Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

CZĘŚĆ B (wypełnia lekarz-specjalista kwalifikacja Kandydata do uczestnictwa w Projekcie):

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób? Jeśli tak to proszę zaznaczyć który rodzaj chorób.		
Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK	NIE
Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)	TAK	NIE
Choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)	TAK	NIE
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) i **Choroby wątroby** (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)	TAK	NIE
Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)	TAK	NIE
Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK	NIE
Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)	TAK	NIE
Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK	NIE
Choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach), osteoporoza	TAK	NIE
Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK	NIE
Choroby oczu (jaskra), zaćma	TAK	NIE
Choroby psychiczne (zmiany nastroju, depresja, nerwica)	TAK	NIE
Choroby zakaźne (np. żółtaczka, gruźlica, choroby weneryczne)	TAK	NIE
Choroby skóry	TAK	NIE
Inne choroby (jakie?).....		

Ocena Kandydata/kandydatki wg skali Barthel	
CZYNNOŚĆ	**OCENA WG SKALI BARTHEL**
Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	

Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezleżny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	

10-panuje, utrzymuje stolec	
Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji (ilość punktów), przy czym kwalifikacja do projektu jest przy wyniku od 0 do 80 punktów w skali Barthel	

Opinia lekarza:

DATA BADANIA	WYWIAD (rozpoznanie, diagnoza)	ZALECENIA (odnośnie rodzajów form wsparcia), częstotliwości	UWAGI ważne dla realizacji projektu

Data badania …….

Podpis i pieczęć lekarza …….