

.....
miejsowość i data

Pieczęć instytucji Kierującej

Skierowanie na program*:

REHABILITACJA PULMONOLOGICZNA / po COVID 19

WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Nazwisko i imię.....
2. Data urodzenia / numer PESEL.....
3. Miejsce zamieszkania, telefon.....
4. Czynny/a zawodowo:
 TAK
 NIE
5. Rozpoznanie podstawowe:
 - a. POCHP
 - b. astma
 - c. Niedobór a1 antytrypsyny
 - d. mukowiscydoza
 - e. śródmiąższowa choroba płuc
 - f. choroba nerwowo-mięśniowa lub zespół neurologiczny przebiegający z osłabieniem mięśni oddechowych
 - g. pierwotne nadciśnienie płuc
 - h. przed zabiegiem lub po zabiegu zmniejszającym objętości płuc
 - i. przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu płuc
 - j. nowotwór płuc w remisji
 - k. uzależnienie od respiratora
 - l. inne

Przedsiębiorstwo Uzdrowskie „Ustroń” Spółka Akcyjna
ul. Sanatoryjna 1, 43-450 Ustroń, tel. 33 856 56 50, fax 33 854 38 25
NIP: 548-007-78-72

Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej VIII Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000121219
Kapitał zakładowy 30 300 000,00 PLN wpłacony w całości
www.uzdrowisko-ustron.pl, www.resortustron.com



6.

- Data hospitalizacji (wypełnić jeśli była w ostatnim roku)

.....

- Data leczenia operacyjnego (wypełnić jeśli była w ostatnim roku)

.....

7. Schorzenia współistniejące z uwzględnieniem sprawności ruchowej

.....

.....

8. Saturacja poniżej 90% Tak / Nie

9. Aktualna spirometria – do 3 miesięcy Tak / Nie

10. Wypisy ze szpitali – 3 – 6 miesięcy Tak / Nie (do dołączenia w formie scan lub zdjęcia)

11. Koncentrator tlenu TAK/ NIE

12. Skala nasilenia duszności MRC – zaznaczyć prawidłową odpowiedź*

STOPIEŃ	OBJAWY
0	Duszność występująca przy dużych wysiłkach.
1	Duszność występuje przy wchodzeniu na niewielkie wzniesienie lub przy szybkim marszu.
2	Pacjent musi się zatrzymywać do nabrania tchu, z powodu duszności chodzi wyraźnie wolniej od rówieśników.
3	Chory nie może przejść 100 m po płaskim terenie bez zatrzymania się celem nabrania oddechu.
4	Duszność spoczynkowa, uniemożliwiająca choremu opuszczenie domu lub samodzielne ubranie się.

*proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat

TELEFON KONTAKTOWY: 33 / 854 54 54

UWAGA!

Prosimy o zabranie ze sobą posiadanej dokumentacji medycznej, **zaświadczenia o przebytych zakażeniu Covid 19 i zażywanych leków**

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

 Przedsiębiorstwo Uzdrowskie „Ustroń” Spółka Akcyjna
 ul. Sanatoryjna 1, 43-450 Ustroń, tel. 33 856 56 50, fax 33 854 38 25
 NIP: 548-007-78-72

 Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej VIII Wydział Gospodarczy
 Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000121219
 Kapitał zakładowy 30 300 000,00 PLN wpłacony w całości
www.uzdrowisko-ustron.pl, www.resortustron.com

 GRUPA
 American Heart of Poland
