

Załącznik nr 5 do Regulaminu Projektu

FORMULARZ KWALIFIKACJI LEKARSKIEJ
(WYPEŁNIA LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO PROGRAMU)

Imię i nazwisko	
Data wizyty	

1. Wymagania formalne uczestnictwa w projekcie (właściwe zaznaczyć).

pracujący	Czy kandydat/ka w chwili przystąpienia do Programu jest osobą pracującą na obszarze województwa podlaskiego?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
	Czy kandydat/ka jest narażony/a na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
bezrobotni zarejestrowani	Czy kandydat/ka w chwili przystąpienia do Programu jest osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP na obszarze województwa podlaskiego?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
	Czy kandydat/ka potrzebuje świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Kandydat/ka wymaga rehabilitacji medycznej z powodu:				
A	chorób nowotworowych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
B	chorób układu mięśniowo-szkieletowego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

2. Informacje dodatkowe o kandydacie/tce.

Czy pacjent/-ka przedstawił/-a do wglądu dokumentację medyczną dotyczącą problemu zdrowotnego wymagającego rehabilitacji ?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (<i>dostępna jest dokumentacja medyczna w bco</i>)
Czy jest Pan/Pani-pracujący?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> umysłowa <input type="checkbox"/> fizyczna <input type="checkbox"/> na wysokości <input type="checkbox"/> kierowca zawodowy <input type="checkbox"/> powtarzalne prace manualne <input type="checkbox"/> praca zdalna	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

3. Karta konsultacji lekarskiej

Choroba podstawowa Kod ICD10		
Choroby przebyte i współistniejące		
Zgłaszane dolegliwości		
Jakie leczenie pacjent otrzymał przed przystąpieniem do projektu?	onkologiczne:	chorób mięśniowo- szkieletowych:
	<input type="checkbox"/> operacja <input type="checkbox"/> chemioterapia bez operacji <input type="checkbox"/> chemioterapia przedoperacyjna <input type="checkbox"/> chemioterapia pooperacyjna <input type="checkbox"/> radioterapia bez operacji <input type="checkbox"/> radioterapia pooperacyjna <input type="checkbox"/> radioterapia przedoperacyjna <input type="checkbox"/> hormonoterapia	<input type="checkbox"/> operacja <input type="checkbox"/> leczenie farmakologiczne <input type="checkbox"/> ograniczenie ruchów / unieruchomienie
inne informacje		
Rekomenduję zakwalifikowanie pacjenta do	<input type="checkbox"/> rehabilitacji ambulatoryjnej <input type="checkbox"/> rehabilitacji stacjonarnej <input type="checkbox"/> porady psychologa <input type="checkbox"/> porady dietetyka	
Pacjent nie kwalifikuje się do żadnej z form rehabilitacji	/uzasadnienie/	

.....
Podpis specjalisty kwalifikującego

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis uczestnika