

Phụ lục 4:
(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp, đi lại....)

.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện – tiểu tiện...)

.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan.....)

.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội).

.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

.....
.....
.....

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

MS:

Số vào viên

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa: Buồng: Giường:

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

2. Chẩn đoán:

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (*những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...*)

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ

(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
 Bệnh viện.....
 Khoa/Trung tâm:
 BuồngGiường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS:
Số vào viên

Tờ số.....

- Họ tên người bệnh: Năm sinh/ Tuổi: Nam/Nữ.....
 - Khoa: Số buồng: Số giường:
 - Chẩn đoán:

[illegible]

