

**SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDRAWISKOWE  
REHABILITACJA PO PRZEBYTEJ CHOROBY COVID-19**

Szpital Uzdrawiskowy ENERGETYK sp. z o.o.  
ul. Wilkońskiego 2, 88-100 Inowrocław  
tel: 52 353 57 00, email: rezerwacja@san-energetyk.com.pl

.....  
(pieczętka zakładu kierującego)

Nr. Umowy z NFZ.....

**DANE PACJENTA:**

1. Imię i Nazwisko: .....wiek: .....
2. Pesel: .....
3. Adres:  
.....
4. Numer telefonu  
kontaktowego:.....
5. Rozpoznanie kliniczne:.....  
(podstawowe schorzenia stanowiące podstawę skierowania, z oznaczeniem kodowym ICD-10, wypełnione czytelnie i w języku polskim)
6. Schorzenia współistniejące: .....  
( oznaczenie kodowe ICD-10, wypełnione czytelnie i w języku polskim)
7. Miejsce przebycia choroby : (właściwe podkreślić)
  - w domu
  - w szpitalu
8. Data rozpoznania COVID- 19:  
.....
9. Data zakończenia leczenia COVID- 19: .....

*Zakończenie leczenia w kierunku COVID – 19 określa się jako:  
a) datę zakończenia izolacji domowej, lub  
b) datę wypisu ze szpitala, lub  
c) datę wypisu z izolatorium.*
10. KARTY OCENY OBJAWÓW ZESPOŁU POST-COVID-19:

do Programu i warunków realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów

REHABILITACJA PO COVID-19 – KARTA OCENY* OBJAWÓW ZESPOŁU POST-COVID-19	
IMIĘ, NAZWISKO	
PESEL	











### W jakim stopniu przebyte COVID-19 wpływa na codzienne życie pacjenta?


\*ocena stanu zdrowia w skali od 0 do 4 na podstawie codziennego funkcjonowania pacjenta i odczuwania objawów po przebyciu COVID-19

DATA:	PRZED REHABILITACJĄ:	PO REHABILITACJI:
	↓ OCENA ↓	
Pacjent nie odczuwa żadnych ograniczeń w życiu codziennym ani objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	0	0
Pacjent może wykonywać wszystkie swoje zwykłe obowiązki, lecz nadal odczuwa objawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	1	1
Pacjent ma ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, musi czasem rezygnować z lub minimalizować ilość codziennych aktywności i obowiązków albo też poświęcać na nie więcej czasu. Nadal odczuwa objawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój, jednakże, nie potrzebuje pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu.	2	2
Pacjent ma ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, nie jest w stanie wykonywać swoich zwykłych obowiązków i aktywności z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój, jednakże jest w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób.	3	3
Pacjent ma poważne ograniczenia w życiu codziennym, nie jest w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób i jest zależny od opieki innych z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	4	4

Kwestionariusz oceny codziennego funkcjonowania pacjenta po przebyciu COVID-19 (Post-COVID-19 Functional Status [PCFS] scale) (wg F.A. Kłok, 2020, za: „Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne. Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów” z dnia 26.04.2021r.). [https://naukaprzeciwpandemii.pl/app/uploads/2021/05/biala-ksiega\\_charakterystyka-choroby-covid-19\\_v-1.1\\_maj-2021.pdf](https://naukaprzeciwpandemii.pl/app/uploads/2021/05/biala-ksiega_charakterystyka-choroby-covid-19_v-1.1_maj-2021.pdf)

do Programu i warunków realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów

REHABILITACJA PO COVID-19		- KARTA OCENY* OBJAWÓW ZESPOŁU POST-COVID-19																					
IMIĘ, NAZWISKO																							
PESEL																							
Problemy zdrowotne po przebyciu COVID-19																							
*ocena dolegliwości utrzymujących się po przebyciu COVID-19 w skali od 0 (brak objawu) do 10 (maksymalne nasilenie dolegliwości) – należy postawić znak X w odpowiedniej kratce																							
DATA:		PRZED REHABILITACJĄ:										PO REHABILITACJI:											
OBJAWY ↓		NIE	LEKKIE			ŚREDNIE			CIĘŻKIE			MAX	NIE	LEKKIE			ŚREDNIE			CIĘŻKIE			MAX
	PRZEWLKŁE ZMĘCZENIE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZŁE SAMOPOCZUCIE PO WYSIŁKU	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	GORĄCZKA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BÓLE STAWÓW	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BÓLE MIĘŚNI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	DUSZNOŚĆ SPOCZYNKOWA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	DUSZNOŚĆ PO WYSIŁKU	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	KASZEL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZALEGANIE WYDZIELINY	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	UCISK W KLATCE PIERSIOWEJ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	KOŁATANIE SERCA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	SZYBKIE BICIE SERCA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BÓL BRZUCHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	NUDNOŚCI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BIEGUNKA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZMNIJSZENIE APETYTU	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZABURZENIA KONCENTRACJI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZABURZENIA PAMIĘCI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	BÓL GŁOWY	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZAWROTY GŁOWY	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ZABURZENIA SNU	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	MROWIENIA DRĘTWIENIA KOŃCZYN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	OBJAWY DEPRESYJNE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	OBJAWY LĘKOWE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	DZWONIENIE W USZACH	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	SZUMY USZNE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	UTRATA LUB OSŁABIENIE SMAKU	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	UTRATA LUB	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	OSŁABIENIE WĘCHU																					
	ZABURZENIA WĘCHU - INNE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

11. Dodatkowe uwagi lekarza kierującego, mówiące o sprawach istotnych dla pacjenta:

.....

.....

.....

.....

data, podpis i pieczęć lekarza

**Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia:** badania obrazowe RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem wykonane w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby; aktualna morfologia, CRP; aktualne badanie EKG; inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia pacjenta