**MODEL REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ**

**Mapa Drogowa - Wzory Dokumentów**



Spis treści

[I. KWALIFIKOWANIE UCZESTNIKÓW DO REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ 5](#_Toc423593)

[I.1. Oświadczenie skierowanego kandydata 5](#_Toc423594)

[I.1.1 Załącznik 1 do Oświadczenia skierowanego kandydata: Formularz zgłoszeniowy 6](#_Toc423595)

[I.1.2 Załącznik 2 do Oświadczenia skierowanego kandydata: Regulamin rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji 10](#_Toc423596)

[I.2. Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu 15](#_Toc423597)

[I.3. Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej 16](#_Toc423598)

[I.4. Informacja o skierowaniu 17](#_Toc423599)

[II. PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI W OŚRODKU 19](#_Toc423600)

[II.1. Ocena kompetencji zawodowych 19](#_Toc423601)

[II.1.1. Karta Oceny Medycznej 19](#_Toc423602)

[II.1.2. Kwestionariusz Wywiadu Psychologicznego 34](#_Toc423603)

[II.1.3. Kwestionariusz Wywiadu Zawodowego 36](#_Toc423604)

[II.1.4. Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF 38](#_Toc423605)

[II.1.5. Ocena kompetencji zawodowych – wg. ICF 60](#_Toc423606)

[II.2. Indywidualny Program Rehabilitacji 66](#_Toc423607)

[II.2.1. Załącznik 1 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta oceny początkowej 67](#_Toc423608)

[II.2.2. Załącznik 2 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji - Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF 69](#_Toc423609)

[II.2.3. Załącznik 3 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Cele Indywidualnego Programu Rehabilitacji 75](#_Toc423610)

[II.2.4. Załącznik 4 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Plan Realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji 77](#_Toc423611)

[II.2.5. Załącznik 5 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Oświadczenie Uczestnika 78](#_Toc423612)

[II.2.6. Załącznik 6 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Plan realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji 80](#_Toc423613)

[II.2.7. Załącznik 7 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta obserwacji 81](#_Toc423614)

[II.2.8. Załącznik 8 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta oceny końcowej 82](#_Toc423615)

[II.3. Moduł zawodowy 85](#_Toc423616)

[II.3.1. Wykaz zawodów deficytowych 85](#_Toc423617)

[II.3.2. Karta Usług Doradczych 94](#_Toc423618)

[II.3.3. Dokumentacja porady grupowej (lista obecności) 97](#_Toc423619)

[II.3.4. Dziennik szkolenia 98](#_Toc423620)

[II.3.5. Ewidencja wydanych zaświadczeń/certyfikatów (wymagania minimalne) 103](#_Toc423621)

[II.3.6. Arkusz oceny oferowanego stanowiska pracy 104](#_Toc423622)

[II.4. Moduł psychospołeczny 106](#_Toc423623)

[II.4.1. Szczegółowa metodologia pracy psychologa 106](#_Toc423624)

[II.4.2. Karta Usługi Doradczej Psychologicznej 112](#_Toc423625)

[II.4.3. Karta realizacji psychologicznej usługi grupowej 113](#_Toc423626)

[II.5. Moduł medyczny 114](#_Toc423627)

[II.5.1. Karta realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych 114](#_Toc423628)

[II.5.2. Karta realizacji terapii zajęciowej 116](#_Toc423629)

[II.5.3. Karta realizacji terapii logopedycznej 118](#_Toc423630)

[II.5.4. Karta realizacji Edukacji zdrowotnej 120](#_Toc423631)

[III. WARUNKI PROWADZENIA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ 122](#_Toc423632)

[III.1. Regulamin rozliczenia kosztów dojazdu dla uczestników projektu 122](#_Toc423633)

[III.2. Monitoring 127](#_Toc423634)

[III.2.1. Formularz sprawozdawczy z rekrutacji uczestników 127](#_Toc423635)

[III.2.2. Formularz sprawozdawczy z działalności ośrodka 128](#_Toc423636)

[III.2.3. Karta wizyty monitorującej przedstawicieli PFRON 140](#_Toc423637)

[III.2.4. Ankieta satysfakcji uczestników 146](#_Toc423638)

[III.2.5. Ankiety satysfakcji personelu ORK 153](#_Toc423639)

# KWALIFIKOWANIE UCZESTNIKÓW DO REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

## I.1. Oświadczenie skierowanego kandydata

**Oświadczenie**

**o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej**

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL[[1]](#footnote-1)

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu[[2]](#footnote-2)

Oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się z warunkami realizacji programu rehabilitacji kompleksowej, stanowiącymi załącznik do niniejszego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych oraz dokumentacji stanowiącej podstawę zakwalifikowania do programu rehabilitacji kompleksowej do ośrodka rehabilitacji kompleksowej.

……………………………………………… …………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko Uczestnika pilotażu)*

### I.1.1 Załącznik 1 do Oświadczenia skierowanego kandydata: Formularz zgłoszeniowy

**Formularz zgłoszeniowy do udziału w rehabilitacji kompleksowej**

**realizowanej w ramach Projektu** **POWR.02.06.00-00.0057/17**

**„Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji**

**umożliwiające podjęcie lub powrót do pracy”**

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZAĆ "X"

**DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Imię (imiona) NR PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nazwisko**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok) Miejsce urodzenia - miejscowość**

**ADRES ZAMELDOWANIA I DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ulica nr domu nr mieszkania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kod pocztowy Poczta Miejscowość**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Gmina Powiat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Województwo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Telefon domowy (wraz z numerem kierunkowym) Telefon komórkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Adres poczty elektronicznej (e-mail)**

**ADRES KORESPONDENCYJNY** *(wypełnić jeśli inny niż adres zameldowania)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ulica nr domu nr mieszkania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kod pocztowy Poczta Miejscowość**

**WYKSZTAŁCENIE** *(proszę zaznaczyć właściwy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **niepełne podstawowe (ISCED 0)** |  | **Podstawowe (ISCED 1)** |  | **Gimnazjalne**  **(ISCED 2)** |  | **zasadnicze zawodowe**  **(ISCED 3)** |  | **średnie zawodowe (technik)**  **(ISCED 3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Licealne**  **(ISCED 3)** |  | **Pomaturalne**  **(ISCED 4)** |  | **wyższe zawodowe (lic., inż. lub równorzędne) (ISCED 5-6)** |  | **wyższe magisterskie (mgr lub równorzędne) (ISCED 7)** |  | **wyższy stopień lub tytuł naukowy (dr, prof.) / tytuł naukowy ……………… (ISCED 8)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ze względów logistycznych (brak możliwości codziennych dojazdów) deklaruję pobyt stacjonarny w Ośrodku Kompleksowej Rehabilitacji** |  |  | **NIE NIE** |  | **TAK** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Jestem jedynym opiekunem prawnym dzieci, które musza przebywać ze mną w Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej,  liczba dzieci….… wiek……………..………………………** |

**STATUS NA RYNKU PRACY** *(proszę zaznaczyć właściwy)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jestem zatrudniony (aktywna umowa o pracę)** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Administracja rządowa** |  | **Administracja samorządowa** |  | **MMSP** |  | **NGO** |  | **Własna**  **działalność** |  | **Duże przedsiębiorstwo** |
| **Jestem zatrudniony w** …………………………………………………………………………….………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód** …………………………………………………………………………….…………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jestem osobą bezrobotną** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |
| **Jestem zarejestrowany/a w PUP i posiadam status osoby bezrobotnej nr …………….……** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |
| **- jestem osobą długotrwale bezrobotną** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |
| **Jestem zarejestrowany/a w PUP jako osoba poszukująca pracy** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |
| **Jestem osoba bierną zawodowo** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Jestem uczniem /studentem uczącym się w systemie dziennym** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |
| **Jestem osobą kształcąca się w systemie wieczorowym/pozaszkolnym** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam orzeczenie** |  |  | **NIE** |  | **TAK** | |
| **Informacje dotyczące niepełnosprawności:**  **Numer orzeczenia o niepełnosprawności**…………………….……………Data ważności……………………….……………………….  **Stopień niepełnosprawności**…………………………………………………………………………………………………………………  **Konieczne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. pomoc asystenta, tłumacza migowego)**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |  | **Odmowa informacji** |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |  |  |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |  | **Odmowa informacji** |
| **w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |  | **Odmowa informacji** |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |  | **Odmowa informacji** |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** |  |  | **NIE** |  | **TAK** |  | **Odmowa informacji** |

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w Projekcie **„Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiające podjęcie lub powrót do pracy” *POWR.02.06.00-00.0057/17*** i spełniam wymogi określone w pkt.4 regulaminu rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji („Kryteria uczestnictwa”).
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. **Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.**

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiające podjęcie lub powrót do pracy”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy   
   pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 r. poz. 922,z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
3. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm);
   1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
7. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
9. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiające podjęcie lub powrót do pracy”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER).
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, beneficjentowi realizującemu projekt - Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiające podjęcie lub powrót do pracy”. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
12. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
14. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

**Oświadczam, że dotychczas nie skorzystałem/łam z wsparcia w ramach projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

**Oświadczam, że dotychczas korzystałem/łam ze wsparcia udzielonego w ramach projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (nazwa projektu, rodzaj i ilość wsparcia).**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

### I.1.2 Załącznik 2 do Oświadczenia skierowanego kandydata: Regulamin rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji

**REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI**

1. **Informacje ogólne**

Niniejszy dokument określa:

* zasady i warunki rekrutacji,
* zakres i warunki udzielenia wsparcia,
* oraz prawa i obowiązki Uczestnika,

w kompleksowej rehabilitacji, realizowanej w ramach Projektu ***Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy***, który współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 zwanego dalej **Projektem**

* 1. **Beneficjent** **- Realizator Projektu**: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Biuro Projektu:**  
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Biuro Projektu: Ul. Sienna 63, 00-820 Warszawa  
e-mail: [ork@pfron.org.pl](mailto:ork@pfron.org.pl); tel. (22) 50 55 600

**1.2. Partnerzy Projektu** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy

**1.3. Kandydat/Kandydatka** – osoba składająca dokumenty rekrutacyjne,

**1.4.** **Uczestnik/Uczestniczka Projektu** – osoba zakwalifikowana zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie i biorąca udział w Kompleksowej Rehabilitacji.

**1.5.** **Ośrodek Kompleksowej Rehabilitacji** (ORK) – ośrodek świadczący usługi (udzielający świadczeń) kompleksowej rehabilitacji na podstawie umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**2. Terytorialny i czasowy zakres Programu Kompleksowej Rehabilitacji:**

Program Kompleksowej Rehabilitacji realizowany jest od 1.09.2019r. do 31.12.2023r. na obszarze całego kraju, w podziale na cztery makroregiony obejmujące:

1. ……………………………………….

**3. Cel kompleksowej rehabilitacji**

Kompleksowa rehabilitacja rozumiana jako proces odzyskiwania optymalnych, fizycznych, sensorycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych funkcji, na który składa się:

* **rehabilitacja medyczna**, mająca na celu przywrócenie zdolności funkcjonalnych lub umysłowych oraz jakości życia,
* **rehabilitacja zawodowa**, mająca na celu umożliwienie pokonanie bariery dostępu do pracy, jej utrzymania lub powrotu do zatrudnienia lub innej użytecznej pracy,
* **rehabilitacja psychologiczno-społeczna**, mająca na celu ułatwienie uczestnictwa w życiu społecznym.

**Głównym celem Kompleksowej Rehabilitacji jest powrót na rynek** **pracy** oraz do aktywności społecznej oraz utrzymanie tego stanu przez co najmniej 3 miesiące.

**4. Kryteria uczestnictwa**

**4.1.** **Grupa docelowa** obejmuje osoby z niepełnosprawnościami należące do następujących kategorii:

* osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy na dotychczasowe stanowisko, bezpośrednio po zakończeniu leczenia /rehabilitacji szpitalnej;
* osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy na dotychczasowe stanowisko, u których leczenie/rehabilitacja szpitalna zostały zakończone i wróciły one do swojego środowiska zamieszkania;
* osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie funkcjonowały na rynku pracy i przebywają w swoim środowisku zamieszkania, oraz osoby funkcjonujące w placówkach opiekuńczych, u których rodzaj niepełnosprawności/obecny stan zdrowia rokuje możliwości aktywizacji zawodowej.

**4.2.** O udział w Projekcie ubiegać może się wyłącznie osoba fizyczna, która w momencie składania dokumentów rekrutacyjnych oraz rozpoczęcia udziału w pierwszej formie wsparcia w Projekcie spełnia łącznie wszystkie niżej wymienione kryteria:

1. Spełniają warunki określone w rozdziale 8.2. *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*oraz grupy docelowej, punkt 4.1.niniejszego Regulaminu
2. Otrzymała skierowanie do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej wydane przez **Komisję Orzekającą** potwierdzające potrzebę kompleksowej rehabilitacji.
3. Deklaruje chęć podjęcia pracy w wymiarze co najmniej 0,5 etatu lub prowadzenie działalności gospodarczej na własny rachunek;
   1. Do kompleksowej rehabilitacji nie kwalifikują się osoby aktualnie uczące się w systemie dziennym.
   2. Uczestnikami projektu mogą być rolnicy oraz osoby podlegające ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako domownicy w gospodarstwie rolnym oraz współmałżonkowie właściciela lub posiadacza gospodarstwa rolnego.
   3. Osoby u których orzeczono niepełnosprawność w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. Nr 123, poz. 776 ze zm.) lub orzeczenia traktowane na równi, przedstawią ww. dokumenty do wglądu (jeśli dotyczy).

**5. Rekrutacja uczestników projektu**

**5.1.** Rekrutacja odbywa się do 31 marca 2023 r. lub do wyczerpania miejsc.

**5.2.** Rekrutacja będzie prowadzona zgodnie z kryteriami horyzontalnymi w tym: polityką równych szans i koncepcją zrównoważonego rozwoju.

**5.3**. Kwalifikacja Uczestników do Projektu będzie się odbywać w dwóch etapach:

* Etap pierwszy: kwalifikacja wstępna Uczestników prowadzona przez lekarza orzekającego i psychologa przez skierowaniem do ORK,
* Etap drugi: w Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej w ramach oceny kompetencji zawodowych.

**5.4.** Za termin dokonania zgłoszenia uważana będzie data złożenia Formularza rekrutacyjnego oraz akceptacją niniejszego regulaminu.

**5.5.** O zakwalifikowaniu kandydata do projektu będą decydowały następujące kryteria:

* kryteria formalne: przekazanie do Biura Projektu przez instytucje prowadzące kwalifikację do rehabilitacji kompleksowej poprawnie wypełnionego kompletu dokumentów, w którego skład wchodzą: Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej z formularzem zgłoszeniowym oraz podpisanym regulaminem rekrutacji i udziału w rehabilitacji kompleksowej, dowód osobisty i orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy),
* pozytywne rokowania w zakresie możliwości aktywizacji zawodowej – oceniane na etapie kwalifikacji prowadzonej przez lekarza i psychologa,
* kryterium analizy stopnia przydatności działań proponowanych w ramach projektu dla potencjalnego Uczestnika - diagnoza poziomu motywacji do udziału w projekcie oraz niekorzystania dotychczas ze wsparcia w ramach EFS.
* kryterium kolejności zgłoszeń;

Osoby, które są w niekorzystnej sytuacji społecznej oraz które dotychczas nie korzystały ze wsparcia w ramach EFS będą miały pierwszeństwo w korzystaniu z usług Projektu.

**5.6.** Ostateczna lista uczestników projektu zostanie zatwierdzona przez PFRON. Ostateczna lista uczestników projektu zostanie zatwierdzona po przeprowadzeniu Oceny Kompetencji Zawodowych w Ośrodku Kompleksowej Rehabilitacji oraz po odbyciu dwutygodniowego okresu próbnego.

**5.7**. Nazwiska osób, które nie zakwalifikowały się do udziału w projekcie z powodu braku miejsc, pomimo uzyskania pozytywnego Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, zostaną umieszczone na liście rezerwowej i będą kwalifikowane do udziału w projekcie w sytuacji zwolnienia się miejsca na liście podstawowej.

**5.8**. Osoby, które nie zakwalifikowały się do projektu i otrzymały Orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji kompleksowej, mogą złożyć odwołanie do PFRON w terminie 14 dni kalendarzowych od daty otrzymania takiego Orzeczenia, na adres: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-820 Warszawa, lub na adres e-mail: [jdlugokecka@pfron.org.pl](mailto:jdlugokecka@pfron.org.pl).

**5.9.** Złożone przez kandydatów dokumenty nie podlegają zwrotowi.

**6. Zakres wsparcia oferowanego w ramach kompleksowej rehabilitacji**

**6.1. Dwutygodniowy okres próbny** w Ośrodku Kompleksowej Rehabilitacji, w trakcie którego przeprowadzone następujące działania:

a) Ocena kompetencji zawodowych w oparciu o klasyfikację ICF, prowadzona przez Zespół ORK oraz Centralnego Instytutu Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego. W przypadku stwierdzenia braku pozytywnych rokowań w zakresie aktywizacji zawodowej, Zespół ORK oraz Centralnego Instytutu Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego może podjąć decyzję za zgodą PFRON o niezakwalifikowaniu Uczestnika do dalszej części Projektu.

b) OpracowanieIndywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR), który będzie zawierał ścieżkę prowadzenia rehabilitacji, czyli formy i metody realizacji rehabilitacji kompleksowej nastawionej na przywracanie lub rozwój zdolności psychospołecznych i fizycznych oraz umiejętności zawodowych istotnych z punktu widzenia konkretnego zawodu.

c) Podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej.

d) Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego.

**6.2. Cykl rehabilitacyjny** prowadzony w Ośrodku Kompleksowej Rehabilitacji, na bazie Indywidualnego Programu Rehabilitacji, składający się z trzech modułów:

a) Moduł medyczny: w zależności od potrzeb prowadzone będą: fizjoterapia (kinezyterapia, fizykoterapia, masaże), fizykoterapia, terapia zajęciowa, logopedyczna.

b) Moduł zawodowy: w skład którego wejdą:

* działania aktywizujące - doradztwo zawodowe, wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym,
* przekwalifikowanie zawodowe (kwalifikacyjne kursy zawodowe, kursy umiejętności zawodowych, kursy przygotowujące do egzaminu czeladniczego, inne kursy),
* praktyki zawodowe
* warsztaty funkcjonowania na rynku pracy oraz pośrednictwo pracy.

c) Moduł psychospołeczny: indywidualne i grupowe działania adresowane do Uczestników oraz ich rodzin wspierające rehabilitacje medyczną oraz zawodową.

Zajęcia będą się odbywały w godzinach od 8:00 do 18:00, ale nie dłużej niż 8 godzin zegarowych dziennie, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. ORK zapewnia wszystkie materiały niezbędne do realizacji wsparcia (w tym szkoleniowe i piśmienne).

**6.3. Wsparcie porehabilitacyjne** w trakcie poszukiwania i podjęcia zatrudnienia, prowadzone po zakończeniu pobytu w ORK - ORK zapewnia uczestnikowi po opuszczeniu Ośrodka wsparcie doradcy zawodowego/pośrednika pracy/ psychologa do momentu podjęcia zatrudnienia (lub uruchomienia działalności gospodarczej) i przez okres miesiąca po zakończeniu rehabilitacji kompleksowej.

**6.4 Świadczenia towarzyszące** – w trakcie pobytu w ORK Uczestnik ma zapewnione:

1. osoby przebywające w trybie stacjonarnym:

- noclegi w pokojach 1-osobowych oraz pełne wyżywienie (trzy posiłki dziennie) z uwzględnieniem zdrowotnych potrzeb żywieniowych,

- zwrot kosztów dojazdu do ośrodka z miejsca zamieszkania oraz powrotu oraz zwrot kosztów dojazdu do miejsca zamieszkania i z powrotem w dni wolne od zajęć (przejazd nie częściej niż raz na dwa tygodnie), zgodnie z Regulamin zwrotu kosztów dojazdu,

- możliwość wizyt rodzin – Uczestnicy mogą być odwiedzani przez Rodziny w dni wolne od zajęć – nie więcej niż 2 dwudniowych (jeden nocleg) osobowizyt dla Uczestnika. Koszty pobytu pokrywa ORK.

1. osoby przebywające w trybie niestacjonarnym:

- wyżywienie (obiad i przerwy kawowe) z uwzględnieniem zdrowotnych potrzeb żywieniowych,

- zwrot kosztów dojazdu do ośrodka z miejsca zamieszkania oraz powrót (bilet miesięczny).

1. osoby przebywające w ośrodku z dziećmi:

- dzieci mają zapewnione pełne wyżywienie i nocleg w pokoju z rodzicem/opiekunem,

- dla dzieci w wieku do lat 7 ORK zapewnia i finansuje opiekę żłobkową/przedszkolną oraz zapewnia codzienny dojazd,

d) w stanach nagłych zachorowań Uczestnik będzie korzystał ze świadczeń lekarza POZ zgodnie z rejonem ORK.   
W uzasadnionych medycznie sytuacjach ORK powinien zapewnić uczestnikowi konsultacje specjalistyczne, które są niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu rehabilitacji.

**7. Zasady uczestnictwa**

**7.1.** Uczestnik ma prawo do udziału w jednym cyklu rehabilitacji kompleksowej, zawierającej wszystkie trzy moduły: medyczny, psychospołeczny i zawodowy. Nie ma możliwości skorzystania tylko z wybranych modułów rehabilitacji.

**7.2.** Warunkiem ukończenia, zaliczenia rehabilitacji/szkolenia/warsztatu/wsparcia indywidualnego jest obecność Uczestnika na co najmniej 80% przewidzianych w ramach IPR zajęć (rehabilitacyjnych/szkoleniowych /warsztatowych /spotkań indywidualnych). Uczestnik poświadcza obecność własnoręcznym podpisem. Opuszczenie przez Uczestnika więcej niż 20% godzin przewidzianych na realizację wybranego rodzaju wsparcia bez podania ważnej przyczyny obliguje go do zwrotu całego dotychczasowego kosztu udziału w kompleksowej rehabilitacji.

**7.3.** Osoba, która ukończy szkolenie zawodowe otrzyma zaświadczenie o ukończeniu szkolenia spełniające wymagania,   
o których mowa w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. 2017, poz. 1632).

**7.4.** Uczestnik ma możliwość zrezygnowania z realizacji IPR po 2-tygodniowym okresie próbnym. W wypadku rezygnacji Uczestnik podpisuje deklarację odstąpienia do udziału w kompleksowej rehabilitacji z podaniem przyczyny rezygnacji. Rezygnacja po podpisaniu IPR, po okresie próbnym, będzie skutkowała zwrotem dotychczas poniesionych kosztów na rehabilitację danej osoby. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy przyczyną nieukończenia rehabilitacji kompleksowej było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. W nagłych sytuacjach losowych Kierownik Projektu na wniosek kierownictwa ORK może odstąpić od kary finansowej.

**7.5.** W wypadku konieczności przerwania udziału w kompleksowej rehabilitacji Uczestnik w uzasadnionych przypadkach ma możliwość wystąpienia do Kierownika Projektu o wznowienie udziału w Projekcie.

**7.6.** Okres pobytu w ORK uzależniony jest od czasu niezbędnego na realizacje IPR, średni czas pobytu wynosi 3 miesiące oraz miesiąc praktyk zawodowych w miejscu zamieszkania. Zespół rehabilitacyjny może podjąć decyzje o wydłużeniu pobytu w ORK jeżeli będzie to miało wpływ na pozytywne zakończenie procesu rehabilitacji kompleksowej i zostanie odpowiednio umotywowane w IPR. Pobyt w ORK może być wydłużony maksymalnie do 6 miesięcy po uzyskaniu zgody Kierownika Projektu.

**7.7.** ORK zapewnia Uczestnikom, którzy nie posiadają innych źródeł dochodu wypłatę stypendium rehabilitacyjnego za czas obecności na wszystkich typach zajęć. **Stypendium wynosi 120 % zasiłku dla bezrobotnych i** przysługuje w przypadku gdy miesięczny wymiar wsparcia rehabilitacyjnego wynosi co najmniej 150 godzin. W przypadku mniejszej liczby godzin stypendium przyznawane jest proporcjonalnie, jednakże z zastrzeżeniem, że **nie może ono być mniejsze niż 20 % zasiłku.** Prawo do stypendium szkoleniowego nie przysługuje Uczestnikowi, jeżeli w okresie odbywania rehabilitacji kompleksowej przysługuje mu inne stypendium, renta, dieta lub inny rodzaj świadczenia pieniężnego w wysokości równej lub wyższej niż stypendium rehabilitacyjne. Uczestnicy występują o przyznanie stypendium do PFRON za pośrednictwem ORK.

**7.8.** Uczestnikowi rehabilitacji kompleksowej przysługuje bezpłatny urlop, w wymiarze 5 dni za odbyty kwartał rehabilitacji. Prawo do urlopu Uczestnik nabywa po odbyciu co najmniej 300 godzin rehabilitacji.

**8. Proces monitoringu i ewaluacji**

**8.1** Zgodnie z wymogami Projektu wszyscy Uczestnicy podlegają procesowi monitoringu, mającemu na celu ocenę skuteczności działań podjętych w ramach Projektu.

**8.2** Uczestnicy projektu zobowiązani są do wypełnienia ankiet ewaluacyjnych w trakcie realizacji projektu oraz na jego zakończenie.

**8.3.** Uczestnicy projektu zobowiązani są do poinformowania ORK o ewentualnych zmianach w swojej sytuacji (np. podjęcie zatrudnienia, utrata ważności orzeczenia o niepełnosprawności).

**8.4.** W celu przeprowadzenia procesu monitoringu i ewaluacji Uczestnicy Projektu zobowiązani są do udzielania informacji na temat rezultatów uczestnictwa w Projekcie (także 3 miesiące po zakończeniu udziału w Projekcie) PFRON, oraz przedstawicielom lub podmiotom przez niego upoważnionym.

**9. Postanowienia końcowe**

**9.1** W przypadku powstania sporu na tle wykonania niniejszego regulaminu, Strony będą starały się rozwiązać go polubownie, a w przypadku braku porozumienia, właściwym do jego rozstrzygnięcia będzie Sąd Gospodarczy w Warszawie.

**9.2** W sprawach nieunormowanych niniejszym regulaminem zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

**9.3.** W przypadku wstrzymania lub zaprzestania finansowania Projektu przez Instytucję Pośredniczącą świadczenia na rzecz Uczestników projektu mogą zostać wstrzymane lub zaprzestane.

**Oświadczam, iż zapoznałam się z treścią niniejszego regulaminu i zobowiązuję się do jego przestrzegania**.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

## I.2. Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu

**Zawiadomienie**

**o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej**

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL[[3]](#footnote-3)

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu[[4]](#footnote-4)

W postępowaniu prowadzonym przez ………………………………………………………………………. [[5]](#footnote-5) została Pani/został Pan zakwalifikowana(y) do programu rehabilitacji kompleksowej realizowanego w ramach projektu UE pn. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

O dalszym przebiegu postępowania związanego z realizacją programu rehabilitacji będzie Pani/Pan informowana(y) przez PFRON.

……………………………………………… …………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) ( imię i nazwisko, pieczątka służbowa pracownika instytucji / podmiotu)*

## I.3. Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej

…………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….

(nazwa i dane teleadresowe organu wydającego orzeczenie)

**ORZECZENIE**

**o potrzebie rehabilitacji kompleksowej**

**z dnia ……………………………………………..**

**Wydane w sprawie Pani/Pana**

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL[[6]](#footnote-6)

Data urodzenia

**Stwierdzono potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji kompleksowej.**

(dodatkowe informacje – pole tekstowe)

**………………….. ……………………………………………………………………………………………**

Miejscowość i data Pieczątka i podpis lekarza orzekającego/zespołu orzekającego

## I.4. Informacja o skierowaniu

…………………………….. dnia…………………………

Nazwa podmiotu kierującego

………………………………………………………………………………

adres: ……………………………………………………………

**INFORMACJA O SKIEROWANIU NA KOMPLEKSOWĄ REHABILITACJĘ**

**w ramach Projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”**

kieruję Panią/Pana ……………………………………………………………………………………………PESEL………………………… ………..

adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………… …………….

telefon…………………………………………………………………………..mail………………………………………………………… ………………..

do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej……….……………………………………………………………………………… …………………

(nazwa podmiotu)

w………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………..

(adres podmiotu)

**na kompleksową rehabilitację**

Termin zgłoszenia ……………………………………………………

W ORK proszę przedstawić:

1. informację o skierowaniu na kompleksową rehabilitację,
2. dokument tożsamości,
3. Pani/Pana dokumentację medyczną (w tym: klisze lub płyty CD z badaniami rentgenowskimi, tomografią komputerową, rezonansem magnetycznym- jeśli były wykonywane),
4. bilety za przejazdy, jeśli korzysta Pani/Pan z publicznego transportu zbiorowego.

Proszę też podać nr NIP Pani/Pana pracodawcy (lub innego płatnika składek na Pani/Pana ubezpieczenie społeczne) – będzie potrzebny do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, jeżeli zajdzie taka konieczność.

Jeśli nie będzie Pani/Pan mogła/mógł zgłosić się do ORK w wyznaczonym terminie, proszę niezwłocznie poinformować

…………………………………………………………………………..telefon…………………………………mail……………………………………...

Do wiadomości podpis i pieczęć upoważnionej osoby

ORK ……………………………………………………………………….

adres ………………………………………………………………………

**Informacja dla osoby skierowanej na kompleksową rehabilitację w systemie stacjonarnym   
(z zakwaterowaniem i noclegiem w ORK).**

1. Rehabilitacja kompleksowa odbywa się przez 5 dni roboczych w tygodniu.
2. Lekarz prowadzący kompleksową rehabilitację w ośrodku ORK decyduje o zabiegach leczniczych.
3. Prowadzona kompleksowa rehabilitacja nie może rozpoczynać się wcześniej niż o 800.
4. Doba hotelowa dla osób skierowanych do ORK trwa od godziny 000 w dniu przyjazdu do godziny 2400 w dniu wyjazdu.
5. ORK zapewnia zakwaterowanie i pełne wyżywienie od pierwszego do ostatniego dnia pobytu.
6. ORK decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach.
7. ORK zapewnia bezpłatne miejsca parkingowe
8. ORK zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych.
9. ORK udostępnia:

* ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane co najmniej raz na tydzień,
* bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz na dwa tygodnie.

1. Ośrodek zapewnia Uczestnikom możliwość przygotowania we własnym zakresie posiłków oraz ciepłych napojów.
2. Proszę zabrać ze sobą:

* leki, które przyjmuje Pani/Pan,
* odzież i obuwie sportowe,
* strój kąpielowy.

**Informacja dla osoby skierowanej na rehabilitację w systemie ambulatoryjnym (bez noclegu w ORK).**

1. Rehabilitacja kompleksowa odbywa się przez 5 dni roboczych w tygodniu.
2. Lekarz prowadzący kompleksową rehabilitację w ośrodku ORK decyduje o zabiegach leczniczych.
3. Prowadzona kompleksowa rehabilitacja nie może rozpoczynać się wcześniej niż o godzinie 800.
4. ORK zapewnienia ciepły posiłek - obiad od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu (przy zajęciach trwających powyżej 6 godzin).
5. Ośrodek ORK zapewnia ciepłe i zimne napoje podczas pobytu.
6. Ośrodek ORK zapewnia bezpłatne miejsca parkingowe.
7. Proszę zabrać ze sobą odzież i obuwie sportowe oraz strój kąpielowy.

**Ważne!**

Proszę zapoznać się z regulaminem ORK, w którym korzysta Pani/Pan z kompleksowej rehabilitacji. Jeśli nie dostosuje się Pani/Pan do zapisów regulaminu (dotyczących np. nadużywania alkoholu), ORK ma prawo skrócić kompleksową rehabilitację z przyczyn dyscyplinarnych.

Ośrodek ORK informuje PFRON o przyczynach skrócenia rehabilitacji.

# PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI W OŚRODKU

### II.1. Ocena kompetencji zawodowych

## II.1.1. Karta Oceny Medycznej

Pieczęć Ośrodka

|  |
| --- |
| **Karta Oceny Medycznej**  **Rehabilitacja Kompleksowa** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  |

**Warunki realizacji rehabilitacji** (podać zakres czasowy poszczególnych warunków)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….…

data przyjęcia .............................. data wypisu .............................. **liczba dni pobytu** ...........................

**liczba dni zabiegowych** ...........................

*Rozpoznanie zasadnicze (ze skierowania):*

......................................................................................................................... nr stat. ...............................

*Rozpoznania współistniejące: (ze skierowania):*

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

*Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:*

choroba podstawowa ................................................................................................... nr stat..................................

choroby współistniejące ................................................................................................. nr stat. .................................

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

.......................................................................................................................................... nr stat. .................................

#### Ocena w dniu przyjęcia:

Data………………….

*Wywiad*

*(zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nałogi):*

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………

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

Pomiary RR: ............................ Data………………….

Masa ciała:.................. .................. wzrost ................... BMI.......................

*Badanie przedmiotowe*

*(zakres ruchomości, siła mięśniowa, równowaga, chód, wybrane elementy badania czynnościowego – proszę opisać w dostarczonych załącznikach zaopatrując je datą realizacji – pozostałe elementy badania poniżej):*

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji (rodzaj, data wykonania, wynik):*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

#### Ocena końcowa/okresowa:

Data………………….

*Wywiad dotyczący przebiegu procesu rehabilitacji kompleksowej*

*(zgłaszane dolegliwości, przebieg procesu, uwagi krytyczne i inne dotyczące części medycznej i stanu zdrowia):*

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

*Badania dodatkowe wykonywane w trakcie realizacji programu rehabilitacji (rodzaj, data wykonania, wynik - na zlecenie lekarza POZ lub innego specjalisty:*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data………………….

**Epikryza będąca podsumowaniem całego okresu rehabilitacji medycznej realizowanej w czasie programu.**

(należy zwrócić uwagę na pojawiające się problemy zdrowotne i czynnościowe w trakcie procesu rehabilitacji, ocena efektywności pod kątem stanu zdrowia –dodatkowo zalecenia lekarskie do dalszej realizacji)

**Załącznik 1– zakres ruchomości –metodyka „0-neutral”**

Badanie początkowe/okresowe/końcowe Data………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRĘGOSŁUP** | **KRĘGOSŁUP SZYJNY** | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Odcinek szyjny** |  | | |  | **Odcinek piersiowy** |  | | | |  | **Odcinek lędźwiowy** |  | |  | **Kość krzyżowa** |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Zgięcie | Prostowanie | | N | 40º - 0º | 0º - 40º | | W |  |  | | K |  |  | | | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Rotacja** | | |  | w lewo | w prawo | | N | 60º - 0º | 0º - 60º | | W |  |  | | K |  |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Nachylenie boczne** | | |  | w prawo | w lewo | | N | 40º - 0º | 0º - 40º | | W |  |  | | K |  |  | |
| **Odstęp** broda – mostek |  |  | |  |  |
| …..cm |
| **KRĘGOSŁUP PIERSIOWY I L-S** | | | | | |
| **Odstęp** palców od podłoża |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Nachylenie boczne** | | |  | w lewo | w prawo | | N | 30º - 0º | 0º - 30º | | W |  |  | | K |  |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Rotacja** | | |  | w lewo | w prawo | | N | 50º - 0º | 0º - 50º | | W |  |  | | K |  |  | |
|  |  |
| …….cm | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STAW BARKOWY** | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Odwodzenie | Przywodzenie | | Norma | 130º - 0º | 0º - 60º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Zgięcie | Wyprost | | Norma | 170º - 0º | 0º - 40º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Rotacja** | | |  | Wewnętrzna | Zewnętrzna | | Norma | 90º - 0º | 0º - 60º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |
| **STAW ŁOKCIOWY** | | | **STAW NADGARSTKOWY** | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Zgięcie | Wyprost | | Norma | 150º - 0º | 0º - 5º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Supinacja | Pronacja | | Norma | 90º - 0º | 0º - 80º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Zgięcie** | | |  | Dłoniowe | Grzbietowe | | Norma | 80º - 0º | 0º - 60º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | |
|  |  | |  | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Zgięcie | Wyprost | | Norma | 120º - 0º | 0º - 10º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | | **STAW BIODROWY**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Odwodzenie | Przywodzenie | | Norma | 45º - 0º | 0º - 30º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Rotacja** | | |  | Wewnętrzna | Zewnętrzna | | Norma | 45º - 0º | 0º - 40º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | |
| **STAW KOLANOWY**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Ruch** | | |  | Zgięcie | Wyprost | | Norma | 120º - 0º | 0º - 10º | | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  | | | **STAW SKOKOWY**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Zgięcie** | |  |  | **Ruch** | | |  | Grzbietowe | Podeszwowe |  |  | Supinacja | Pronacja | | Norma | 20º - 0º | 0º - 50º |  | Norma | 60º - 0º | 0º - 20º | | Prawa W |  |  |  | Prawa W |  |  | | Prawa K |  |  |  | Prawa K |  |  | | Lewa W |  |  |  | Lewa W |  |  | | Lewa K |  |  |  | Lewa K |  |  |   09_5_609_3_4 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBWODY**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | |  | | |  | **Kończyny górne** | | |  | | |  | Prawa | Lewa | | |  | | | 1 W |  |  | | |  | | | 1 K |  |  | | |  | | | 2 W |  |  | | |  | | | 2 K |  |  | | |  | | | 3 W |  |  | | |  | | | 3 K |  |  | | |  | | | 4 W |  |  | | |  | | | 4 K |  |  | | |  | | |  |  |  | | |  | | |  | **Kończyny dolne** | | |  | | |  | Prawa | | Lewa | |  | | | | 1 W |  | |  | |  | | | | 1 K |  | |  | |  | | | | 2 W |  | |  | |  | | | | 2 K |  | |  | |  | | | | 3 W |  | |  | |  | | | | 3 K |  | |  | |  | | | | 4 W |  | |  | |  | | | | 4 K |  | |  | |  | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |   11_3_711_1_5 |

**Załącznik 2 – Ocena funkcjonalna**

Badanie początkowe/okresowe/końcowe Data………………….

**Stawy obwodowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| parametry | Skala oceny | **Kończyna górna**  Bark  Staw łokciowy  Nadgarstek | | **Kończyna dolna**  Staw biodrowy  Staw kolanowy  Staw skokowy | |
| przed | po | przed | po |
| Ruch bierny | - pełny – 0  - ograniczony bez bólu – 1  - graniczony z bólem – 2  - brak ruchu - 3 |  |  |  |  |
| Siła mięśniowa (ruch czynny) | - prawidłowa – 0  - nieznacznie osłabiona – 1 (pokonuje ciężar kończyny)  - znacznie osłabiona – 2 (pokonuje ciężar kończyny w odciążeniu)  - niedowład/porażenie – 3 (brak lub ślad napięcia mięśnia bez efektu ruchu) |  |  |  |  |
| Ból  Skala 1 do 10  (10 – ból największy) | - brak bólu – 0  - ból mały – 1 (1-3)  - ból średni -2 (4-7)  - ból duży – 3 (8-10) |  |  |  |  |
| suma | |  |  |  |  |

**Kręgosłup**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala oceny | Odcinek szyjny | | Odcinek piersiowy | | Odcinek lędźwiowy | |
| przed | po | przed | po | przed | po |
| Ruch pełny - 0 |  |  |  |  |  |  |
| Ruch ograniczony (bez bólu) – 1 |  |  |  |  |  |  |
| Ruch ograniczony (z bólem) - 2 |  |  |  |  |  |  |
| Brak ruchu |  |  |  |  |  |  |
| suma |  |  |  |  |  |  |

**Chód**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | przed | po |
| Sprawny - 0 |  |  |
| Ograniczony (z pomocą chodzika) - 1 |  |  |
| Ograniczony (z pomocą kul ) - 2 |  |  |
| Poruszanie się na wózku inwalidzkim - 3 |  |  |
| suma |  |  |

**Załącznik 3 – Podstawowa ocena siły mięśniowej**

Badanie początkowe/okresowe/końcowe Data………………….

Siła mięśniowa **(ruch czynny)**

Skala oceny:

- prawidłowa – 0

- nieznacznie osłabiona – 1 (pokonuje ciężar kończyny przeciw grawitacji)

- znacznie osłabiona – 2 (pokonuje ciężar kończyny w odciążeniu)

- niedowład/porażenie – 3 (brak lub ślad napięcia mięśnia bez efektu ruchu)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Siła mięśniowa – ruch czynny | | |
| Strona | Lewa | Prawa |
| Bark |  |  |
| Staw łokciowy |  |  |
| Nadgarstek |  |  |
| Staw biodrowy |  |  |
| Staw kolanowy |  |  |
| Staw skokowy |  |  |
| MM. Grzbietu |  | |
| MM brzucha |  | |

**Załącznik 4 – Test siły globalnego uścisku ręki**

*Wykonanie:*

Hydrauliczny dynamometr z regulowana rączką w celu dopasowania do wielkości dłoni.

Pomiar wykonywany jest na obydwu rękach, należy zaznaczyć rękę dominującą. Kończyna górna w trakcie pomiaru wykonywanego w pozycji stojącej powinna swobodnie zwisać wzdłuż ciała.

Pomiar należy wykonać trzykrotnie. W razie dużych różnic pomiędzy pomiarami można powtórzyć próbę.

W ocenie zaznacza się najwyższy pomiar (jeżeli uzyskano inne zbliżone wyniki tj. nie mniejsze niż 10% wartości maksymalnej).

Imię:

Nazwisko:

Data badania:

Ręka dominująca LEWA/PRAWA (zaznacz właściwe)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| pomiar | Ręka LEWA | Ręka PRAWA |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**Załącznik 5 – Test oceny równowagi i chodu - (TEST TINETTI)**

Data wykonania :

**RÓWNOWAGA**

**Instrukcja:** Badany powinien siedzieć na twardym krześle bez poręczy. Podczas badania zwraca się uwagę na następujące elementy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. RÓWNOWAGA PODCZAS SIEDZENIA | Pochyla się lub ześlizguje z krzesła.  **Zachowuje równowagę, zabezpieczony** | = 0  **= 1** |
| 2. WSTAWANIE Z KRZESŁA | Niezdolny do wstania bez pomocy.  **Wstaje, ale sam pomaga sobie rękami.**  Wstaje bez pomocy rąk. | = 0  = **1**  = 2 |
| 3.PRÓBY WSTAWANIA Z MIEJSCA | Niezdolny do wstania bez pomocy.  **Wstaje, ale potrzebuje kilku prób**.  Wstaje po pierwszej próbie. | = 0  = **1**  = 2 |
| 4. RÓWNOWAGA BEZPOŚREDNIO PO WSTANIU Z MIEJSCA | Stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem).  **Stoi pewnie, ale podpiera się, używając chodzika, laski lub chwyta inne przedmioty.**  Stoi pewnie bez żadnego podparcia. | = 0  **= 1**  = 2 |
| 5. RÓWNOWAGA PODCZAS STANIA | Stoi niepewnie.  **Stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10cm od siebie) lub opierając się laską, balkonikiem itp.**  Stoi ze stopami złączonymi bez podparcia | = 0  **= 1**  = 2 |
| 6. PRÓBA TRĄCANIA (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka). | Zaczyna się przewracać.  **Zatacza się, chwyta się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję.**  Stoi pewnie. | = 0  **= 1**  = 2 |
| 7. PRÓBA TRĄCANIA PRZY ZAMKNIĘTYCH OCZACH BADANEGO | Stoi pewnie.  Stoi niepewnie. | = 0  = 1 |
| 8. OBRACANIE SIĘ O 360ْ | Ruch przerywany.  **Ruch ciągły**  Niepewne (zataczanie się, chwytanie przedmiotów)  **Pewne** | = 0  **= 1**  = 0  = **1** |
| 9. SIADANIE | Niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)  **Pomaga sobie rękami lub ruch nie jest płynny**  Pewny, płynny ruch. | = 0  = **1**  = 2 |
| **RÓWNOWAGA** | **WYNIK KOŃCOWY** | **…../16** |

**CHÓD**

**Instrukcja:** Badany powinien stać obok badającego; iść wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w bezpieczny sposób (podpierając się laską lub balkonikiem, jeśli posługuje się nimi na co dzień).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. ZAPOCZĄTKOWNIE CHODU (bezpośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść) | Jakiekolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca.  **Start bez wahania.** | = 0  **= 1** |
| 11. DŁUGOŚĆ I WYSOKOŚĆ KROKU | A. zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku:  Nie przekracza miejsca stania lewej stopy.  **Przekracza położenie lewej stopy.**  Prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża.  **Prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą.**  B. zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku:  Nie przekracza miejsca stania prawej stopy.  **Przekracza położenie prawej stopy.**  Lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi.  **Lewa stopa całkowicie unosi się nad podłoże.** | = 0  = **1**  = 0  = **1**  = 0  = **1**  = 0  = **1** |
| 12. SYMETRIA KROKU | Długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa.  Długość kroku obu stóp wydaje się równa. | = 0  = 1 |
| 13. CIĄGŁOŚĆ CHODU | Zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu.  **Chód wydaje się ciągły.** | = 0  **= 1** |
| 14. ŚCIEŻKA CHODU (Oceniając w stosunku do płytek podłogowych dł. 30cm; odnotować odchylenie rzędu 30 cm na odcinku ok. 3m wytyczonego toru) | Wyraźne odchylenie od toru.  Niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych.  Prosta ścieżka bez korzystania z pomocy. | = 0  = 1  = 2 |
| 15. TUŁÓW | Wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych.  **Nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodzenia zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona.**  Pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan ani pleców, nie angażuje kk. górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych. | = 0  = **1**  = 2 |
| 16. POZYCJA PODCZAS CHODZENIA | Pięty rozstawione.  Pięty prawie stykają się podczas chodzenia. | = 0  = 1 |
| **CHÓD** | **WYNIK KOŃCOWY chód** | **/12** |
| **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW** | **…………………./28** |  |

**Załącznik 6 Test wstań i idź**

*Wykonanie:*

Krzesło bez podłokietników, w odległości 3 metrów od krzesła ustawiony słupek do obejścia, powierzchnia równa, wolna przestrzeń tak by badany swobodnie mógł się poruszać. Badany może korzystać z pomocy wyrobów medycznych – jeśli używa kul, laski, ortez to należy podać o tym informacje w karcie badania. Pełne obuwie (nie wolno stosować klapek itp.

Należy wykonać 1-2 wstępne próby , a następnie próby właściwej po krótkim odpoczynku.

Pomiar podawany jest w sekundach od momentu wydania komendy do ponownego siadu na krześle

Imię:

Nazwisko:

Data badania:

Czas próby: …………. sekund

**Załącznik 7**

**Obserwacja fizjoterapeuty (opisowa)**

Pesel………………………………..

Początkowa/okresowa/końcowa Data………………….

|  |
| --- |
|  |

**Załącznik 8**

**Obserwacja terapeuty zajęciowego (opisowa)**

Pesel………………………………..

Początkowa/okresowa/końcowa Data………………….

|  |
| --- |
|  |

## II.1.2. Kwestionariusz Wywiadu Psychologicznego

|  |
| --- |
| **WYWIAD PSYCHOLOGICZNY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data wywiadu** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  |

|  |
| --- |
| * Cechy charakteru uważane przez uczestnika za jego/jej największą zaletę/plus  1. II. III.  * Cecha charakteru uważane przez uczestnika za jego/jej słabszą stronę  1. II. III.  * Nastawienie do zdobywania nowego doświadczenia lub uczenia się nowych rzeczy   (Jeśli negatywne to dopytać z jakiego powodu – ograniczenia psychiczne, fizyczne, inne)   * Rozumienie instrukcji lub opisu jakiegoś przedmiotu/gry/wykonania czynności   (Jeśli osoba zgłasza trudności informacja dla PRÓBY PRACY) |
| * Stopień skoncentrowania się na np. treści czytanej książki, prowadzonej rozmowie   (Jeśli osoba zgłasza trudności informacja dla PRÓBY PRACY)   * Zdolność skupienia uwagi na wykonywaniu kilku czynności jednocześnie * Umiejętność zapamiętywania np. wiedzy, wykonywania nowych czynności * Zdolność przypominania sobie zdarzeń z przeszłości   (Jeżeli osoba zgłasza problemy z uwagą lub/i pamięcią – dopytać o urazy głowy lub inne zaburzenia neurologiczne i wykonać test BVRT w przypadku poważnych urazów) |
| * Rodzaj przeżywanych przez uczestnika emocji (pozytywne/negatywne) w okresie ostatnich 6 miesięcy   Doprecyzować występowanie:   1. Częste wahania nastroju – N/T 2. Dłuższe okresy obniżonego nastroju – N/T 3. Napady lęku lub paniki (jeśli osoba potwierdzi zrobić STAI) |
| * Pojawianie się u uczestnika wielokrotnie w ciągu dnia natrętnych myśli, które utrudniają mu/jej wykonywanie czynności lub zasypianie * Odczuwanie wewnętrznego przymusu wykonywania wielokrotnie tej samej czynności np. przed wyjściem z domu |
| * Wpływ trudnych lub stresujących sytuacjach na odporność psychiczną uczestnika * Posiadane przez niego/nią techniki radzenia sobie z takimi sytuacjami   (JEŻELI OSOBA MA TRUDNOŚCI W OKREŚLENIU TECHNIK MINI – COPE lub CISS)   1. II. III. |
| Stopień samodzielności uczestnika w podejmowaniu decyzji |
| Samodzielne korzystanie z toalety oraz ubieranie się |
| Zachowania wskazujące na dbanie o własne zdrowie |
| Rodzaj wsparcia, które uczestnik otrzymuje od najbliższej rodziny |
| Nawiązywanie i utrzymywanie przyjaźni |
| Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów ze znajomymi, sąsiadami oraz członkami lokalnej społeczności |

podpis psychologa

## II.1.3. Kwestionariusz Wywiadu Zawodowego

|  |
| --- |
| **WYWIAD ZAWODOWY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kwalifikacje | |
| Wykształcenie/ Zawód wyuczony | |
| Szkolenia/ kursy | |
| Dodatkowe kwalifikacje | |
| Aktualna aktywność w zakresie podnoszenia kwalifikacji | |
| Doświadczenie zawodowe | |
| Zawód wykonywany (stanowisko) u ostatniego pracodawcy: | Staż pracy w latach: |
| Zawody wykonywane u wcześniejszych pracodawców | Staż pracy w latach: |
| Działalność pozazawodowa i wolontariat | |
| Przyczyna zaprzestania ostatniej działalności zawodowej/utraty pracy | |
| Umiejętności i zainteresowania zawodowe | |
| * Prowadzenie pojazdów (prawo jazdy kat. ………………….) | |
| * Obsługa sprzętu i oprogramowania komputerowego | |
| * Znajomość języka obcego | |
| * Inne umiejętności i zainteresowania | |
| Aktywność na rynku pracy | |
| * Dotychczasowe poszukiwanie pracy (sposób, wsparcie) * Problemy pojawiające się podczas wykonywania zatrudnienia * Najczęstsze przyczyny zakończenia zatrudnienia | |
| * Radzenie sobie ze stresem, umiejętność przystosowania się do nowych warunków pracy | |
| Aktywność, czynniki środowiskowe | |
| * Planowanie i realizacja czynności dnia codziennego * Przemieszczanie się publicznymi lub prywatnymi środkami transportu * Samowystarczalność ekonomiczna (źródło utrzymania) * Korzystanie ze specjalnych sprzętów (np. aparat słuchowy) ułatwiających codzienne funkcjonowanie * Korzystanie ze specjalnych sprzętów ułatwiających poruszanie się wewnątrz i na zewnątrz budynków * Korzystanie ze specjalnych projektów architektonicznych w miejscu zamieszkania * Wsparcia opiekuna/ asystenta w codziennym funkcjonowaniu | |
| * Najczęstsze poszukiwane rodzaje prac (zawody) w miejscu zamieszkania lub w jego okolicach | |
| Podsumowanie/ uwagi dodatkowe | |
|  | |

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

Podpis pracownika wypełniającego kartę

## II.1.4. Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROFIL KATEGORIALNY DO OCENY KOMPETENCJI ZAWODOWYCH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data oceny** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba wypełniająca kartę** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNKCJE CIAŁA  = czynności fizjologiczne układów ciała (włączając funkcje psychologiczne)  Jaki stopień upośledzenia ma dana osoba w | | | | | | | Brak upośledzenia | | | | | Niewielkie upośledzenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Umiarkowane upośledzenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | znaczne upośledzenie | | | | | | | | | | | | | | | | | skrajne upoośledzenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nieokreślone | | | | | | | | | | | | | | | | Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | |
| B 114 | **Funkcje orientacji** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ogólne funkcje psychiczne związane z rozeznawaniem i ustalaniem stosunku do samego siebie, do innych osób, do czasu i swojego otoczenia.  Obejmuje: funkcje orientacji co do czasu, miejsca i osoby; orientację wobec siebie i innych; dezorientację wobec czasu, miejsca i osób.  Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje uwagi (b140); funkcje pamięci (b144) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B 117 | **Funkcje intelektualne** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ogólne funkcje psychiczne niezbędne do rozumienia i konstruktywnego scalania różnych czynności psychicznych; z uwzględnieniem wszystkich funkcji poznawczych i ich rozwoju w ciągu całego życia.  Obejmuje: funkcje rozwoju intelektualnego; upośledzenie intelektualne, upośledzenie umysłowe, otępienie Nie obejmuje: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B 126 | **Funkcje temperamentu i osobowości** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ogólne funkcje umysłowe związane z wrodzoną skłonnością danej osoby do reagowania na sytuacje w  określony sposób, w tym zespół charakterystycznych cech umysłowych, odróżniających daną osobę od innych. Włącza się: funkcje ekstrawersji, introwersji, uprzejmości, sumienności, stabilności psychicznej i emocjonalnej i otwartości na doświadczenie życiowe, optymizm, poszukiwanie nowości, pewność siebie, solidność, wiarygodność  Wyłącza się: funkcje intelektualne (b117); funkcje energii życiowej i napędu (b130); funkcje aktywności psychoruchowej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B 130 | **Funkcje energii życiowej i witalności** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ogólne funkcje umysłowe, o podłożu fizjologicznym i psychologicznym, które pobudzają do stałego zaspakajania określonych potrzeb i celów ogólnych.  Włącza się: funkcje poziomu energii, motywacje, apetyt, ogromny głód czegoś, w tymi substancji, które powodują uzależnienie  Wyłącza się: funkcje świadomości (b110); temperament i funkcje osobowościowe (b126); funkcje snu (b134); funkcje aktywności psychoruchowej (b147); funkcje emocjonalne (b152) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B1301 | **Motywacja** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje psychiczne pobudzające do działania; świadoma lub nieświadoma siła napędowa do działania. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B 134 | **Funkcje snu** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ogólne funkcje umysłowe okresowego, odwracalnego i wybiórczego, fizycznego i umysłowego wyłączania się ze swojego najbliższego otoczenia, któremu towarzyszą charakterystyczne zmiany fizjologiczne.  Obejmuje: funkcje ilości snu, początku snu, utrzymywanie snu, jakość snu, cykl snu, bezsenność, nadmierna potrzebę snu, sen napadowy.  Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii życiowej i napędu (b130); funkcje uwagi (b140); funkcje aktywności psychoruchowej (b147). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B140 | **Funkcje uwagi** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające skupienie się przez niezbędny odstęp czasu na bodźcu zewnętrznym lub przeżyciach wewnętrznych.  Obejmuje: funkcje trwałości, przerzutności, zmiennej podzielności i dzielenia uwagi, koncentracja, rozpraszalność Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje snu (b134); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B144 | **Funkcje pamięci** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rejestrowanie i przechowywanie informacji oraz - w razie potrzeby – odtwarzanie jej.  Obejmuje: funkcje związane z pamięcią krótkotrwałą i długotrwałą, natychmiastową, świeżą i odległą; rozpiętość pamięci; odtwarzanie pamięci, przypominanie; funkcje wykorzystywane w trakcie przywoływania z pamięci i uczenia się jak w niepamięci nominalnej, wybiórczej i dysocjacyjnej.  Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje uwagi (b140); funkcje percepcyjne (b156); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B152 | **Funkcje emocjonalne** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Swoiste funkcje psychiczne odnoszące się do uczuć i afektywnych składników procesów umysłu. Obejmuje: funkcje związane z dostosowaniem emocji, regulacją i rozpiętością emocji; afekt, smutek, szczęście, miłość, strach, gniew, nienawiść, napięcie, lęk, radość, żal, chwiejność emocjonalną; spłycenie afektu Nie obejmuje: funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje energii i napędu (b130). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B160 | **Funkcje myślenia** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Swoiste funkcje psychiczne dotyczące pojęciowego składnika umysłu.  Obejmuje: funkcje tempa, formy, kontroli treści myślenia; funkcje myślenia ukierunkowanego na cel, funkcje myślenia nieukierunkowanego na cel; funkcje myślenia logicznego; jak napór myśli; gonitwa myślowa; otamowanie myśli; rozkojarzenie myślenia; drobiazgowość; uskokowość, urojenia; myśli i czynności natrętne Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167) funkcje liczenia (b172). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B164 | **Wyższe funkcje poznawcze** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Swoiste funkcje psychiczne zależne szczególnie od płatów czołowych mózgu odpowiedzialne za złożone postępowanie ukierunkowane na osiągnięcie celu, myślenie abstrakcyjne, planowanie i realizację planów, elastyczność umysłową i decydowanie jakie zachowania są odpowiednie w danych okolicznościach, często nazywane funkcjami wykonawczymi.  Obejmuje: funkcje abstrahowania i organizacji pojęć, zarządzanie czasem, wgląd i zdolność osądu, tworzenie pojęć, kategoryzacja i elastyczność poznawcza.  Nie obejmuje: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B210 | **Funkcje widzenia** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje zmysłowe odnoszące się do odbierania obecności światła oraz wrażenia formy, wielkości, kształtu i koloru bodźca wzrokowego.  Obejmuje: funkcje odbierania światła i koloru, ostrość widzenia odległego i bliskiego obrazu, widzenie jednooczne i widzenie obuoczne, pole widzenia, jakość widzenia, jakość obrazu wzrokowego, upośledzenia jak krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm, niedowidzenie połowicze, ślepotę barw (daltonizm), widzenie tunelowe, mroczek środkowy i obwodowy, widzenie podwójne, ślepotę zmierzchową, zaburzoną zdolność przystosowania się do światła Nie obejmuje: funkcje percepcyjne (b156) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B230 | **Funkcje słyszenia** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje zmysłów dotyczące odbierania obecności dźwięków, rozróżniania lokalizacji, wysokości tonu, głośności i jakości dźwięków.  Obejmuje: funkcje słyszenia, rozróżnianie dźwięków, umiejscowienie źródła dźwięku, lateralizację dźwięku, rozróżnianie mowy, głuchotę, upośledzenie słuchu, utratę słuchu.  Nie obejmuje: funkcje percepcyjne (b156); funkcje językowe (b167) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B235 | **Funkcje przedsionka** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje ucha wewnętrznego odnoszące się do położenia, równowagi i ruchu. Obejmuje: funkcje równowagi ciała, poczucie położenia ciała Nie obejmuje: wrażenia związane ze funkcją słyszenia i funkcją przedsionka (b240) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B280 | **Czucie bólu** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wrażenie nieprzyjemnego doznania sygnalizującego potencjalne lub faktyczne uszkodzenie struktury ciała. Obejmuje: uczucie uogólnionego lub umiejscowionego bólu w jednej lub więcej niż w jednej części ciała, ból w dermatomie, ból kłujący, ból piekący, ból tępy, pobolewania, upośledzenia jak: ból mięśniowy, analgezja, przeczulica bólowa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B455 | **Funkcje związane z tolerancją wysiłku** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje wydolności oddechowej i krążeniowej wymaganej do ciągłego wysiłku fizycznego. Obejmuje: funkcje wydolności fizycznej, pochłaniania tlenu; wytrzymałości i zmęczenia Nie obejmuje: funkcje układu krążenia (b410-b429); funkcje układu krwiotwórczego (b430); funkcje oddychania (b440); funkcje mięśni oddechowych (b445); dodatkowe funkcje związane z oddychaniem (b450). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B710 | **Funkcje ruchomości stawów** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje związane z zakresem i łatwością wykonywania ruchów w stawach. Obejmuje: funkcje związane z ruchomością pojedynczego lub kilku stawów, kręgosłupa, barku, łokcia, nadgarstka, biodra, kolana, stawu skokowego, drobnych stawów rąk i stóp; ogólna ruchomość stawów, upośledzenia funkcji stawów takie jak: nadmierna ruchomość stawów (hipermobilność), ograniczenie lub brak ruchu stawu, bark unieruchomiony „bark zamrożony”, choroba zwyrodnieniowa.  Nie obejmuje: funkcje stabilności stawów (b715); funkcje związane z kontrolowaniem ruchów dowolnych (b760). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B715 | **Funkcje stabilności stawów** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje związane z zachowaniem strukturalnej integralności stawów.  Obejmuje: funkcje związane ze stabilnością pojedynczego stawu, kilku stawów i stawów ogółem; upośledzenie funkcji jak np.: niestabilny bark, zwichnięcie stawu, zwichnięcie stawu ramiennego i biodra.  Nie obejmuje: funkcje dotyczące ruchomości stawów (b710) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B730 | **Funkcje związane z siłą mięśni** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje związane z siłą wytwarzaną przez skurcz pojedynczego mięśnia lub grup mięśni. Obejmuje: funkcje związane z siłą określonych mięśni i grup mięśni, mięśni jednej kończyny, mięśni jednej strony ciała, mięśni dolnej połowy ciała, mięśni wszystkich kończyn, mięśni tułowia i wszystkich mięśni ciała; upośledzenie funkcji jak osłabienie małych mięśni stóp i rąk niedowład mięśnia, porażenie mięśnia, porażenie jednej kończyny, porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych, porażenie czterokończynowe, mutyzm akinetyczny (brak zdolności wykonywania ruchów - bezruch).  Nie obejmuje: funkcje narządów dodatkowych oka (b215); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735); funkcje związane z wytrzymałością mięśni (b740). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B740 | **Funkcje związane z wytrzymałością mięśni** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje związane ze zdolnością kurczenia się mięśnia przez wymagany okres (czas). Obejmuje: funkcje związane ze zdolnością kurczenia się pojedynczego mięśnia, grup mięśni oraz wszystkich mięśni ciała; upośledzenie funkcji jak w miastenii.  Nie obejmuje: funkcje związane z tolerancją wysiłku (b455); funkcje związane z siłą mięśni (b730); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B810 | **Funkcje ochronne skóry** | | | | | | 0 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Funkcje skóry ochraniające ciało przed zagrożeniami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi. Obejmuje: funkcje ochrony przed słońcem i innym promieniowaniem, światłoczułość, pigmentację, jakość skóry, funkcję izolacyjną skóry, skórę zgrubiałą, zrogowacenie; upośledzenia jak: skóra uszkodzona, owrzodzenia, odleżyny, zmiany troficzne.  Nie obejmuje: funkcje naprawcze skóry (b820); inne funkcje skóry (b830) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE  = wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową  Ile trudności ma osoba w…W = wykonanie…  Z = zdolność w… | | | | | | |  | | Brak problemu | | | | | | | | | | | | | | | | Łagodny problem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Umiarkowany problem | | | | | | | | | | | | | | | | | | znaczny problem | | | | | | | | | | | | | | | skrajny problem | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nieokreślone | | | | | | | | | | | | | | | | Nie dotyczy | | | | | | | |
| D 155 | **Nabywanie umiejętności** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Rozwijanie zdolności wykonywania prostych i złożonych, zintegrowanych czynności lub zadań, umożliwiających nabycie umiejętności, jak np. posługiwanie się narzędziami lub granie w gry takie jak szachy.  Obejmuje: nabywanie podstawowych i złożonych umiejętności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D 160 | **Skupianie uwagi** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Celowe skupianie się na określonym bodźcu, np. przez eliminowanie rozpraszających dźwięków. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D175 | **Rozwiązywanie problemów** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzyganie sporu pomiędzy dwoma osobami.  Obejmuje: rozwiązywanie prostych i złożonych problemów.  Nie obejmuje: myślenie (d163), podejmowanie decyzji (d177). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D177 | **Podejmowanie decyzji** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Dokonywanie wyboru spośród różnych możliwości, wdrażanie dokonanego wyboru, ocenianie skutków dokonanego wyboru, jak np. wybieranie i kupowanie określonego artykułu lub decydowanie o podjęciu się i podejmowanie jakiegoś zadania spośród wielu zadań, które należy wykonać.  Nie obejmuje: myślenie (d163), rozwiązywanie problemów (d175) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D210 | **Podejmowanie pojedynczego zadania** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Wykonywanie prostych lub złożonych, skoordynowanych czynności umysłowych i fizycznych będących elementami realizacji pojedynczego zadania, jak np. inicjowanie zadania, ustalanie czasu, miejsca i materiałów potrzebnych do wykonania zadania, kolejne kroki wykonania zadania, realizowanie zadania, finalizowanie zadania i kontynuowanie wykonywania zadania.  Obejmuje: podejmowanie prostego lub złożonego zadania , podejmowanie pojedynczego zadania samodzielnie lub w grupie. Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie wielu zadań (d220) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D220 | **Podejmowanie wielu zadań** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, kolejno lub równocześnie, jako elementów wielorakich zintegrowanych i złożonych zadań.  Obejmuje: podejmowanie się wielu zadań; wykonywanie wielu zadań; podejmowanie wielu zadań samodzielnie i w grupie Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie pojedynczego zadania (d210). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D230 | **Realizowanie dziennego rozkładu zajęć** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków. jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia.  Obejmuje: ustalanie i spełnianie codziennego rozkładu zajęć; ustalanie poziomu własnej aktywności w ciągu dnia Nie obejmuje: podejmowanie wielu zadań (d220) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D240 | **Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynniki zakłócające lub sytuacje kryzysowe, jak np. w trakcie kierowania pojazdem w czasie wielkiego natężenia ruchu ulicznego lub sprawowania opieki nad liczną grupą dzieci. Obejmuje: ponoszenie odpowiedzialności; radzenie sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D310 | **Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Pojmowanie dosłownego i domyślnego znaczenia wiadomości przekazywanych za pomocą języka mówionego, jak np. gdy rozumie się, że jakieś stwierdzenie dotyczy faktu lub jest wyrażeniem idiomatycznym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D330 | **Mówienie** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Wypowiadanie słów, zwrotów i dłuższych kwestii w języku mówionym o dosłownym lub domyślnym znaczeniu, jak np. gdy przedstawia się ustnie jakiś fakt lub opowiada historię. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D350 | **Rozmowa** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie wymiany myśli i poglądów za pomocą języka mówionego, pisanego, migowego lub innych form języka, z jedną osobą lub większą liczbą ludzi znajomych lub obcych w kontaktach oficjalnych lub towarzyskich.  Obejmuje: rozpoczynanie, podtrzymywanie i kończenie rozmowy; rozmowa z jedną osobą lub wieloma ludźmi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D360 | **Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Wykorzystywanie urządzeń, technik i innych środków do porozumiewania się, np. używanie telefonu aby zadzwonić do przyjaciela. Obejmuje: używanie urządzeń telekomunikacyjnych, używanie maszyn do pisania i technik do porozumiewania się | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D410 | **Zmienianie podstawowej pozycji ciała** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Zmienianie jednej pozycji ciała na inną i przemieszczanie się z jednego miejsca na inne; jak np. wtedy gdy wstaje się z krzesła aby położyć się do łóżka lub zmienia się pozycję ciała na klęczącą albo kuczną i z powrotem. Obejmuje: zmienianie pozycji ciała z pozycji leżącej, z pozycji kucznej lub klęczącej, z pozycji siedzącej lub stojącej, pochylanie się i przenoszenie środka ciężkości ciała.  Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D415 | **Utrzymywanie pozycji ciała** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Pozostawanie w tej samej wymaganej pozycji ciała, tak jak np. siedzenie lub stanie w pracy lub w szkole. Obejmuje: utrzymywanie pozycji leżącej, kucznej, klęczącej, siedzącej i stojącej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D420 | **Przemieszczanie się** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Przemieszczanie się z jednej powierzchni na inną, jak np. przesuwanie się wzdłuż ławki lub przemieszczanie się z łóżka na krzesło bez zmiany pozycji ciała.  Obejmuje: przemieszczanie się w pozycji siedzącej lub leżącej Nie obejmuje: zmienianie podstawowej pozycji ciała (d410). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D430 | **Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podnoszenie przedmiotu lub zabieranie czegoś z jednego miejsca na drugie, tak jak np. podczas unoszenia filiżanki lub przenoszenia dziecka z jednego pokoju do drugiego. Obejmuje: podnoszenie, przenoszenie za pomocą rąk, na barkach, na biodrach, na plecach lub na głowie, odkładanie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D440 | **Precyzyjne używanie ręki** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Wykonywanie skoordynowanych czynności związanych z posługiwaniem się przedmiotami, podnoszeniem, manipulowaniem i wypuszczaniem przedmiotów przy użyciu jednej ręki, palców i kciuka, jak np. gdy zbiera się monety ze stołu lub wykręca numer telefonu.  Obejmuje: podnoszenie, chwytanie, manipulowanie i odkładanie. Nie obejmuje: podnoszenie i przenoszenie przedmiotów (d430) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D445 | **Używanie rąk i ramion** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podejmowanie skoordynowanych działań, których celem jest poruszanie lub manipulowanie przedmiotami za pomocą rąk i ramion, tak jak np. gdy obraca się gałkę u drzwi lub gdy rzuca się lub łapie jakiś przedmiot. Obejmuje: przyciąganie lub popychanie przedmiotów, obracanie lub skręcanie rąk lub ramion; rzucanie, łapanie; Nie obejmuje: precyzyjne używanie ręki (d440). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D450 | **Chodzenie** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Poruszanie się po powierzchni na stopach, krok po kroku, gdy co najmniej jedna stopa zawsze dotyka ziemi, tak jak np. podczas spacerowania, przechadzania się, chodzenia do przodu, do tyłu lub bokiem.  Obejmuje: chodzenie na krótkie lub długie dystanse, chodzenie po różnych powierzchniach, omijanie przeszkód Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420); inne sposoby poruszania się (d455). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D465 | **Poruszanie się przy pomocy sprzętu** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Przemieszczanie całego ciała z miejsca na miejsce, na każdej powierzchni lub obszarze z użyciem określonych urządzeń zaprojektowanych do łatwiejszego poruszania się lub tworzenia innych sposobów poruszania się, takich jak np. łyżwy, narty, aparat do nurkowania lub poruszanie się po ulicy na wózku inwalidzkim lub przy pomocy balkoniku. Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420), chodzenie (d450), inne sposoby poruszania się (d455), używanie środków transportu (d470), prowadzenie pojazdu (d475). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D470 | **Nabywanie umiejętności** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Używanie środków transportu do poruszania się jako pasażer, tak jak np. podczas przejazdów samochodem lub autobusem, rykszą, pojazdem poruszanym przez zwierzęta, prywatną lub publiczną taksówką, autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem, promem lub samolotem.  Obejmuje: używanie środków transportu poruszanych siłą ludzkich mięśni, używanie prywatnego zmotoryzowanego lub publicznego środka transportu. Nie obejmuje: poruszanie się przy pomocy sprzętu (d465), prowadzenie pojazdu (d475) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D475 | **Prowadzenie pojazdu** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Kontrolowanie i kierowanie pojazdem lub zwierzęciem które go porusza, podróżowanie w wybranym przez siebie kierunku lub dysponowanie środkiem transportu, takim jak np. samochód, rower, łódź lub pojazd poruszany przez zwierzęta. Obejmuje: kierowanie pojazdem poruszanym siłą mięśni ludzkich; pojazdem zmotoryzowanym, pojazdem poruszanym przez zwierzęta.  Nie obejmuje: poruszanie się przy pomocy sprzętu (d465), używanie środków transportu (d470) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D510 | **Mycie się** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Mycie i suszenie całego ciała lub części ciała z użyciem wody i odpowiednich czyszczących i suszących środków i sposobów jak np. kąpanie się, branie prysznica, mycie rąk i stóp, twarzy i włosów i wycieranie się ręcznikiem.  Obejmuje: mycie części ciała, całego ciała i osuszanie się  Nie obejmuje: pielęgnowanie poszczególnych części ciała (d520), korzystanie z toalety (d530) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D520 | **Pielęgnowanie poszczególnych części ciała** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Dbanie o części ciała, takie jak np. skóra, twarz, zęby, skóra głowy, paznokcie i genitalia, które wymagają więcej troski niż mycie i suszenie.  Obejmuje: pielęgnowanie skóry, zębów, włosów, paznokci palców rąk i stóp  Nie obejmuje: mycie się, (d510), korzystanie z toalety (d530) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D530 | **Korzystanie z toalety** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Planowanie wydalania i wydalanie ludzkich odchodów (menstruacja, oddawanie moczu i defekacja) oraz oczyszczanie się po tych czynnościach. Obejmuje: kontrolowanie oddawania moczu, defekacji i higiena menstruacji Nie obejmuje: mycie się (d510); pielęgnowanie poszczególnych części ciała (d520) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D540 | **Ubieranie się** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podejmowanie skoordynowanych czynności i zadań związanych z zakładaniem i zdejmowaniem ubrań i obuwia we właściwej kolejności i dostosowanie ubioru do warunków klimatycznych i wymogów środowiska społecznego, tak jak np. zakłada się, dopasowuje i zdejmuje koszule, spódnice, bluzki, spodnie, bieliznę, sari, kimono, rajstopy, kapelusze, rękawiczki, płaszcze, buty, pantofle, obuwie, sandały i kapcie.  Obejmuje: zakładanie i zdejmowanie odzieży i obuwia i dokonywanie wyboru odpowiedniego ubrania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D550 | **Jedzenie** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podejmowanie skoordynowanych zadań i czynności związanych ze spożywaniem podanego pokarmu, podnoszenie go do ust i zjadanie w kulturowo akceptowany sposób, krojenie lub łamanie pożywienia na kawałki, otwieranie butelek i puszek, używanie przyborów do jedzenia, zjadanie posiłków, uczestniczenie w przyjęciu lub zjadanie obiadu.  Nie obejmuje: picie (d560). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D560 | **Picie** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Chwytanie naczynia z płynem, podnoszenie go do ust i wypijanie płynu w kulturowo akceptowany sposób, miksowanie, mieszanie i nalewanie płynów do picia, otwieranie butelek i puszek, picie przez słomkę lub picie bieżącej wody z kranu lub ze źródła; karmienie piersią.  Nie obejmuje: jedzenie (d550) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D710 | **Podstawowe kontakty międzyludzkie** | | | | | | W | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Nawiązywanie kontaktów z ludźmi w sposób odpowiedni do sytuacji i akceptowany społecznie , jak np. okazywanie stosownych względów i poważania lub reagowanie na uczucia innych.  Obejmuje: okazywanie szacunku, serdeczności, uznania i tolerancji w kontaktach; reagowanie na krytykę i sygnały społeczne we wzajemnych kontaktach; zachowanie odpowiedniego kontaktu fizycznego we wzajemnych relacjach | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D720 | **Złożone kontakty międzyludzkie** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, kontrolowanie werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, działanie zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi. Obejmuje: tworzenie i kończenie wzajemnych kontaktów; kontrolowanie zachowań w ramach wzajemnych kontaktów, nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych i zachowywanie dystansu w relacjach społecznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D740 | **Kontakty oficjalne** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Tworzenie i utrzymywanie określonych kontaktów w oficjalnych sytuacjach, jak np. z pracodawcami, profesjonalistami lub usługodawcami.  Obejmuje: nawiązywanie wzajemnych kontaktów ze zwierzchnikami, podwładnymi, osobami o tym samym statusie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D825 | **Szkolenie zawodowe** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podejmowanie wszystkich aktywności wynikających z programu szkolenia zawodowego i realizowanie materiału nauczania przygotowującego do zatrudnienia w handlu, rzemiośle lub określonym zawodzie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D830 | **Kształcenie wyższe** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Podejmowanie aktywności wynikających z zaawansowanych programów kształcenia na uniwersytetach, uczelniach i szkołach zawodowych i uczenie się wszystkich elementów programu nauczania wymaganych do osiągnięcia stopni, dyplomów, certyfikatów i innych świadectw, jak np. uzyskanie stopnia licencjata lub magistra, ukończenie szkoły medycznej lub innej szkoły zawodowej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D840 | **Przyuczenie do zawodu** | | | | | | W | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Uczestniczenie w programach związanych z przygotowaniem do zatrudnienia, jak np. wykonywanie wymaganych zadań podczas terminowania w zawodzie, odbywania stażu, praktyki lub szkolenia w trakcie pracy. Nie obejmuje: szkolenie zawodowe (d825) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D845 | **Zdobywanie, wykonywanie i wypowiadanie pracy** | | | | | | W | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Poszukiwanie, znajdowanie i wybieranie zatrudnienia, otrzymywanie propozycji pracy i akceptowanie zatrudnienia, wykonywanie i czynienie postępów w pracy, handlu, określonym zawodzie i odchodzenie z pracy w odpowiedni sposób. Obejmuje: poszukiwanie pracy; przygotowanie życiorysu, kontaktowanie się z pracodawcami i przygotowywanie się do rozmowy kwalifikacyjnej; zachowywanie zatrudnienia; monitorowanie wykonywania przez kogoś pracy, dawanie wypowiedzenia, odchodzenie z pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D850 | **Zatrudnienie za wynagrodzeniem** | | | | | | W | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Zaangażowanie we wszystkie aspekty pracy, na posadzie, w handlu, w ramach wykonywania określonego zawodu lub w innej formie zatrudnienia, za wynagrodzeniem, jako pracownik na etacie, w pełnym lub częściowym wymiarze czasu lub w formie samozatrudnienia, np. poszukiwanie i uzyskiwanie pracy, wykonywanie wymaganych zadań w pracy, przybywanie do pracy punktualnie zgodnie z wymogami, nadzorowanie innych pracowników lub podleganie nadzorowi i podejmowanie wymaganych zadań samodzielnie lub w grupach.  Obejmuje: samozatrudnienie, zatrudnienie w częściowym lub pełnym wymiarze czasu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D855 | **Praca bez wynagrodzenia** | | | | | | W | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
| Z | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | |
|  | Zaangażowanie we wszystkie aspekty pracy, za którą nie jest wypłacane wynagrodzenie, w pełnym lub niepełnym wymiarze, włączając pracę zorganizowaną, wykonywanie wymaganych zadań związanych z pracą, przybywanie do pracy punktualnie zgodnie z wymogami, nadzorowanie innych pracowników lub podleganie nadzorowi i podejmowanie wymaganych zadań samodzielnie lub w grupach jak np. praca społeczna, praca charytatywna, praca dla gminy lub grupy religijnej bez wynagrodzenia, praca w domu bez wynagrodzenia.  Nie obejmuje: Rozdział 6 Życie domowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE  = Czynniki środowiskowe stanowią fizyczne, społeczne i związane z systemem postaw otoczenie, w którym ludzie żyją i kierują swoim życiem.  Jaki zakres ułatwienia lub bariery doświadcza osoba w odniesieniu do… | | | | | | | | | | Całkowite ułatwienie | | | | | | | | | | Znaczne ułatwienie | | | | | | | | | | | | | | | Umiarkowane ułatwienie | | | | | | | | | | Nieznaczne ułatwienie | | | | | | | | | | | | Brak bariery/ułatwienia | | | | | | | | | | | Nieznaczna bariera | | | | | | | | | | Umiarkowana bariera | | | | | | | | | | Znaczna bariera | | | | | | | | | | Całkowita bariera | | | | | | | | | Nieokreślone | | | | | | | | | | Nie dotyczy | | | |
| E1101 | **Leki** | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | 9 | | | |
|  | Każdy naturalny lub wytworzony przez człowieka produkt lub substancja, gromadzony, przetwarzany lub produkowany w celach leczniczych taki jak leki alopatyczne i naturopatyczne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E115 | **Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym** | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | 9 | | | |
|  | Sprzęt, wyroby i technologie stosowane przez ludzi w codziennej działalności, w tym przystosowane lub specjalnie zaprojektowane, umiejscowione wewnątrz, na ciele lub w pobliżu używającej je osoby.  Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologia do użytku osobistego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E120 | **Produkty i technologie służące do indywidualnego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz** | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | 9 | | | |
|  | Wyposażenie, produkty i technologie, z włączeniem specjalnie przystosowanych lub specjalnie zaprojektowanych, wykorzystywane przez ludzi do poruszania się we wnętrzu i na zewnątrz budynków, zlokalizowane w miejscu lub w pobliżu miejsca gdzie dana osoba się nimi posługuje.  Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie służące do indywidualnego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E125 | | **Produkty i technologie służące do porozumiewania się** | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | 9 | | |
|  | | Wyposażenie, produkty i technologie wykorzystywane przez ludzi do wysyłania i odbierania informacji, z włączeniem tych, które zostały specjalnie zaadaptowane lub zaprojektowane, umiejscowione wewnątrz, na ciele lub w pobliżu używającej je osoby.  Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie używane do porozumiewania się. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E130 | | | **Produkty i technologie stosowane w edukacji** | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 | | | | | | |
|  | | | Wyposażenie, produkty, procesy, metody i technologie stosowane do zdobywania wiedzy, nabywania kompetencji lub umiejętności, także te, które zostały przystosowane lub specjalnie zaprojektowane.  Obejmuje: ogólne lub wspomagające produkty i technologie dla potrzeb kształcenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E135 | | | **Produkty i technologie stosowane w miejscu zatrudnienia** | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 | | | | | | |
|  | | | Wyposażenie, produkty i technologie stosowane w miejscu zatrudnienia dla ułatwienia czynności związanych z pracą.  Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie stosowane w pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E150 | | | **Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków użyteczności publicznej** | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 | | | | | | |
|  | | | Produkty i technologie, służące do tworzenia przez człowieka odpowiednich warunków wewnątrz i na zewnątrz budynków, które zostały zaplanowane, zaprojektowane i wybudowane do użytku publicznego, wraz z tymi, które zostały w tym celu przystosowane lub specjalnie zaprojektowane.  Obejmuje: projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie do tworzenia pasaży wejściowych i wyjściowych z budynków, dostępu do udogodnień i szlaków komunikacyjnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E155 | | | | **Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków do użytku prywatnego** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | 8 | | | | | | | 9 | | | | | |
|  | | | | Produkty i technologie, służące do tworzenia przez człowieka odpowiednich warunków wewnątrz i na zewnątrz budynków, które zostały zaplanowane, zaprojektowane i wybudowane do użytku prywatnego, z włączeniem tych, które zostały w tym celu przystosowane lub specjalnie zaprojektowane.  Obejmuje: projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie do tworzenia pasaży wejściowych i wyjściowych z budynków, dostępu do udogodnień i szlaków komunikacyjnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E225 | | | | **Klimat** | | | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | 4 | | | | | | | | 8 | | | | | | 9 | | | | |
|  | | | | Meteorologiczne cechy i zjawiska takie jak pogoda. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E240 | | | | **Światło** | | | | | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | 4 | | | | | | | | 8 | | | | | | | 9 | |
|  | | | | Promieniowanie elektromagnetyczne, dzięki któremu rzeczy stają się widzialne, zarówno w świetle słonecznym, jak oświetleniu sztucznym (np. świece, lampy olejowe lub parafinowe, ogień i elektryczność) dostarczające użytecznych lub mylnych informacji o świecie.  Obejmuje: intensywność światła, jakość światła, kontrastowość barw | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E250 | | | | **Dźwięk** | | | | | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | 4 | | | | | | | | 8 | | | | | | | 9 | |
|  | | | | Zjawisko, które jest lub może być słyszalne takie jak huk, dzwonienie, łoskot, śpiew, gwizd, wrzask i brzęczenie, o dowolnej głośności, barwie i tonacji i które może dostarczyć użytecznych lub mylnych informacji o świecie. Obejmuje: poziom dźwięku i jakość dźwięku. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E260 | | | | | **Jakość powietrza** | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 | |
|  | | | | | Cechy charakterystyczne atmosfery (na zewnątrz budynków) lub powietrza w zamkniętym obszarze (wewnątrz budynków) dostarczające użytecznych lub mylnych informacji o świecie.  Obejmuje: jakość powietrza w pomieszczeniu i na zewnątrz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E310 | | | | | **Najbliższa rodzina** | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie. Nie obejmuje: dalszą rodzinę (e315); opiekunów asystentów osobistych (e340) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E320 | | | | | **Przyjaciele** | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Osoby, które pozostają w bliskich i aktualnie istniejących relacjach charakteryzujących się zaufaniem i wzajemnym wsparciem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E325 | | | | | **Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Osoby wzajemnie znające się jako rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności, w sytuacjach takich jak praca, szkoła, rekreacja lub inne aspekty życia, oraz posiadające wspólne cechy demograficzne takie jak wiek, płeć, wyznanie religijne lub pochodzenie etniczne lub realizujące wspólne zainteresowania.  Nie obejmuje: stowarzyszenia i usługi związane ze zrzeszaniem się (e5550) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E330 | | | | | **Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy)** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Osoby, które ponoszą odpowiedzialność za podejmowanie decyzji na rzecz innych i mają społecznie uznany wpływ lub władzę wynikającą z ich społecznej, ekonomicznej, kulturowej lub religijnej roli w społeczeństwie, jak np.: nauczyciele, pracodawcy, osoby sprawujące nadzór, przywódcy religijni, decydenci, kuratorzy, powiernicy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E340 | | | | | **Opiekunowie i asystenci osobiści** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Osoby, które oferują usługi w zakresie potrzebnej pomocy i wsparcia innym osobom w codziennych czynnościach, wykonywaniu pracy, kształceniu lub innych sytuacjach życiowych, opłacane z funduszy zarówno publicznych jak i prywatnych lub działające jako wolontariusze, np.: pomoce domowe, asystenci osobiści, opiekunowie w podróży, pomoce płatne, nianie i inne osoby zapewniające opiekę podstawową.  Nie obejmuje: najbliższą rodzinę (e310); dalszą rodzinę (e315); przyjaciół (320); usługi w zakresie ogólnej pomocy społecznej (e5750); pracowników fachowych ochrony zdrowia (e355) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E355 | | | | | **Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audiolodzy, protetycy, medyczni pracownicy socjalni.  Nie obejmuje: inni pracownicy fachowi (e360) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E360 | | | | | **Inni pracownicy fachowi (profesjonaliści)** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Wszyscy oferujący usługi spoza systemu ochrony zdrowia, w tym pracownicy socjalni, prawnicy, nauczyciele, architekci i projektanci.  Nie obejmuje: fachowych pracowników ochrony zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E590 | | | | | **Usługi, systemy i polityka w zakresie pracy i zatrudnienia** | | | | | | | | | | | | | +4 | | | | | | | | | | | | | +3 | | | | | | | | | | +2 | | | | | | | | | | | | +1 | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | 9 |
|  | | | | | Usługi, systemy i polityka dotyczące wyszukiwania odpowiedniej pracy dla osób bezrobotnych lub poszukujących innej pracy lub wspieraniu osób już zatrudnionych, które poszukują możliwości rozwoju. Nie obejmuje: usługi, systemy i polityka związane z gospodarką (e565) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło informacji: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis problemu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## II.1.5. Ocena kompetencji zawodowych – wg. ICF

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCENA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH – wg. ICF** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Data oceny** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Osoba wypełniająca kartę** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ***SEKCJA I***  ***KARTA OCENY FUNKCJONALNEJ – według ICF*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **OCENA POCZĄTKOWA**  **Data .. .. ….** | | | | | |  | | | | **OCENA KOŃCOWA**  **Data .. .. ….** | | | | | |  |
| **Kategorie ICF** | | | **Kwalifikator ICF** | | | | | | **Oczekiwany wynik** | | **Rodzaj wsparcia - interwencji** | **Osoba odpowiedzialna** | **Kwalifikator ICF** | | | | | **Osiągnięty cel?** | |
| **KOD ICF** | | **OPIS KODU ICF** | **0** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |  | |
| **FUNKCJE CIAŁA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b114 | | Funkcje orientacji | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b117 | | Funkcje intelektualne | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b126 | | Funkcje temperamentu i osobowości | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b130 | | Funkcje energii i napędu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b1301 | | Motywacja | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b134 | | Funkcje snu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b140 | | Funkcje uwagi | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b144 | | Funkcje pamięci | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b152 | | Funkcje emocjonalne | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b160 | | Funkcje myślenia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b164 | | Wyższe funkcje poznawcze | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b210 | | Funkcje widzenia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b230 | | Funkcje słyszenia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b235 | | Funkcje przedsionka | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b280 | | Czucie bólu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b455 | | Funkcje związane z tolerancją wysiłku | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b710 | | Funkcje ruchomości stawów | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b715 | | Funkcje stabilności stawów | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b730 | | Funkcje związane z siłą mięśni | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b740 | | Funkcje związane z wytrzymałością mięśni | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| b810 | | Funkcje ochronne skóry | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d155 | | Nabywanie umiejętności | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d160 | | Skupianie uwagi | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d175 | | Rozwiązywanie problemów | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d177 | | Podejmowanie decyzji | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d210 | | Podejmowanie pojedynczego zadania | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d220 | | Podejmowanie wielu zadań | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d230 | | Realizowanie dziennego rozkładu zajęć | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d240 | | Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psych. | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d310 | | Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d330 | | Mówienie | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d350 | | Rozmowa | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d360 | | Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d410 | | Zmienianie podstawowej pozycji ciała | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d415 | | Utrzymywanie pozycji ciała | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d420 | | Przemieszczanie się | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d430 | | Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d440 | | Precyzyjne używanie ręki | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d445 | | Używanie rąk I ramion | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d450 | | Chodzenie | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d465 | | Poruszanie się przy pomocy sprzętu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d470 | | Używanie środków transportu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d475 | | Prowadzenie pojazdu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d510 | | Mycie się | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d520 | | Pielęgnowanie poszczególnych części ciała | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d530 | | Korzystanie z toalety | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d540 | | Ubieranie się | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d550 | | Jedzenie | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d560 | | Picie | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d710 | | Podstawowe kontakty międzyludzkie | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d720 | | Złożone kontakty międzyludzkie | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d740 | | Kontakty oficjalne | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d825 | | Szkolenie zawodowe | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d830 | | Kształcenie wyższe | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d840 | | Przyuczanie do zawodu | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d845 | | Zdobywanie, wykonywanie i wypowiadanie pracy | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d850 | | Zatrudnienie za wynagrodzeniem | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| d855 | | Praca bez wynagrodzenia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e1101 | | Leki | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e115 | | Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e120 | | Produkty i technologie służące do osobistego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e125 | | Produkty i technologie służące do porozumiewania się | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e130 | | Produkty i technologie stosowane w edukacji | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e135 | | Produkty i technologie stosowane w miejscu zatrudnienia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e150 | | Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków użyteczności publicznej | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e155 | | Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków do użytku prywatnego | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e225 | | Klimat | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e240 | | Światło | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e250 | | Dźwięk | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e260 | | Jakość powietrza | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e310 | | Najbliższa rodzina | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e320 | | Przyjaciele | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e325 | | Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e330 | | Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy) | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e340 | | Opiekunowie i asystenci osobiści | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e355 | | Pracownicy fachowi ochrony zdrowia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e360 | | Inni pracownicy fachowi | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| e590 | | Usługi, systemy i polityka w zakresie pracy i zatrudnienia | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ***SEKCJA II***  ***REKOMENDACJE*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rekomendacje dla zespołu rehabilitacyjnego opracowującego IPR wynikające z indywidualnego profilu kategorialnego w zakresie kompetencji zawodowych, dotyczące:  *- rehabilitacji,*  *- kierunku szkoleń,*  *- reorientacji zawodowej* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### II.2. Indywidualny Program Rehabilitacji

**Część identyfikacyjna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | |
| **Nr** |  | | |
| **Data wypełnienia** |  | | |
| **Osoba wypełniająca** |  | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  | | |
| **Wiek** |  | | |
| **Nr w ORK (oznaczenie ośrodka - kolejny numer:** |  | | |
| **Specjalista ds. Zarządzania Rehabilitacją** |  | | |
| **Pobyt niestacjonarny** |  | **Pobyt stacjonarny - nr pokoju** |  |
| **Data przyjęcia** |  | | |

|  |
| --- |
| **Rozpoznanie (na podstawie opinii kwalifikującej** |
| **Data i podpis** |

## II.2.1. Załącznik 1 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta oceny początkowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INDYWIDUALNA KARTA OCENY POCZĄTKOWEJ** | | |
| **Nr** | |  |
| **Data wypełnienia** | |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** | |  |
| **OCENA MEDYCZNA** | | | |
| pieczątka podpis | | | |
|  |  | | |
| **OCENA PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNA** | | | |
| pieczątka podpis | | | |
| **OCENA ZAWODOWA** | | | |
| pieczątka podpis | | | |

## II.2.2. Załącznik 2 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji - Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA MONITOROWANIA POSTĘPÓW REHABILITACJI WG ICF** | | | | | | | | | | | | |
| **Nr** | | | | |  | | | | | | | |
| **Data oceny** | | | | |  | | | | | | | |
| **Osoba wypełniająca kartę** | | | | |  | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | | | |  | | | | | | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | | | |  | | | | | | | |
| ***SEKCJA I***  ***OCENA FUNKCJONALNA – według ICF PRZEPROWADZONA W POŁOWIE OKRESU REHABILITACJI (mid-term)*** | | | | | | | | | | | | |
| **Kategorie ICF** | | **Kwalifikator ICF** | | | | | | | | **Oczekiwany wynik** | **Rodzaj wsparcia - interwencji** | **Osoba odpowiedzialna** |
| **KOD ICF** | **OPIS KODU ICF** | **0** | | **1** | | **2** | **3** | **4** | |
| **FUNKCJE CIAŁA** | | | | | | | | | | | | |
| b114 | Funkcje orientacji | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b117 | Funkcje intelektualne | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b126 | Funkcje temperamentu i osobowości | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b130 | Funkcje energii i napędu | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b1301 | Motywacja | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b134 | Funkcje snu | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b140 | Funkcje uwagi | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b144 | Funkcje pamięci | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b152 | Funkcje emocjonalne | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b160 | Funkcje myślenia | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b164 | Wyższe funkcje poznawcze | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b210 | Funkcje widzenia | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b230 | Funkcje słyszenia | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b235 | Funkcje przedsionka | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b280 | Czucie bólu | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b455 | Funkcje związane z tolerancją wysiłku | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b710 | Funkcje ruchomości stawów | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b715 | Funkcje stabilności stawów | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b730 | Funkcje związane z siłą mięśni | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b740 | Funkcje związane z wytrzymałością mięśni | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| b810 | Funkcje ochronne skóry | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE** | | | | | | | | | | | | |
| d155 | Nabywanie umiejętności | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d160 | Skupianie uwagi | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d175 | Rozwiązywanie problemów | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d177 | Podejmowanie decyzji | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d210 | Podejmowanie pojedynczego zadania | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d220 | Podejmowanie wielu zadań | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d230 | Realizowanie dziennego rozkładu zajęć | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d240 | Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psych. | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d310 | Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d330 | Mówienie | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d350 | Rozmowa | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d360 | Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d410 | Zmienianie podstawowej pozycji ciała | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d415 | Utrzymywanie pozycji ciała | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d420 | Przemieszczanie się | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d430 | Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d440 | Precyzyjne używanie ręki | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d445 | Używanie rąk I ramion | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d450 | Chodzenie | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d465 | Poruszanie się przy pomocy sprzętu | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d470 | Używanie środków transportu | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d475 | Prowadzenie pojazdu | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d510 | Mycie się | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d520 | Pielęgnowanie poszczególnych części ciała | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d530 | Korzystanie z toalety | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d540 | Ubieranie się | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d550 | Jedzenie | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d560 | Picie | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d710 | Podstawowe kontakty międzyludzkie | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d720 | Złożone kontakty międzyludzkie | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d740 | Kontakty oficjalne | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d825 | Szkolenie zawodowe | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d830 | Kształcenie wyższe | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d840 | Przyuczanie do zawodu | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d845 | Zdobywanie, wykonywanie i wypowiadanie pracy | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d850 | Zatrudnienie za wynagrodzeniem | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| d855 | Praca bez wynagrodzenia | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE** | | | | | | | | | | | | |
| e1101 | Leki | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e115 | Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e120 | Produkty i technologie służące do osobistego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e125 | Produkty i technologie służące do porozumiewania się | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e130 | Produkty i technologie stosowane w edukacji | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e135 | Produkty i technologie stosowane w miejscu zatrudnienia | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e150 | Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków użyteczności publicznej | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e155 | Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków do użytku prywatnego | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e225 | Klimat | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e240 | Światło | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e250 | Dźwięk | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e260 | Jakość powietrza | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e310 | Najbliższa rodzina | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e320 | Przyjaciele | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e325 | Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e330 | Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy) | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e340 | Opiekunowie i asystenci osobiści | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e355 | Pracownicy fachowi ochrony zdrowia | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e360 | Inni pracownicy fachowi | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| e590 | Usługi, systemy i polityka w zakresie pracy i zatrudnienia | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| ***SEKCJA II***  ***REKOMENDACJE*** | | | | | | | | | | | | |
| Rekomendacje dla zespołu rehabilitacyjnego wynikające z oceny funkcjonowania wg IFC przeprowadzonej w połowie okresu rehabilitacji (mid-term) | | | | | | | | | | | | |

## II.2.3. Załącznik 3 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Cele Indywidualnego Programu Rehabilitacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CELE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI** | | | | |
| **Nr** | |  | | |
| **Data wypełnienia** | |  | | |
| **Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją** | |  | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | |  | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** | |  | | |
| **Cel główny** |  | |  | |
|  | | ☐ zatrudnienie na otwartym rynku pracy | |
|  | | ☐ założenie działalności gospodarczej | |
|  | | | | |
| **Cele szczegółowe - moduł** | medyczny | | ☐ przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie w jak największym, możliwym do osiągnięcia, stopniu | |
| ☐ podtrzymanie/poprawa stanu funkcjonalnego | |
| ☐ wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych | |
| ☐ zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych | |
| ☐ Inny, jaki:......................................................................................................................................... | |
| psychospołeczny | | ☐ wzmocnienie motywacji do podjęcia pracy | |
| ☐ przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych, umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych | |
| ☐ wsparcie wspomagające dla otoczenia uczestnika programu (członków rodzin) | |
| ☐ Inny, jaki:......................................................................................................................................... | |
| zawodowy | | ☐ Przygotowanie do wejścia/powrotu na rynek pracy | |
| ☐ Przekwalifikowanie zawodowe | |
| ☐ Inny, jaki:......................................................................................................................................... | |
|  | Planowany czas rehabilitacji : .......................dni | | |  |
| Modyfikacje Indywidualnego Programu Rehabilitacji odnotowuje się w obserwacjach - dokumencie stanowiącym integralną część indywidualnej dokumentacji uczestnika | | | | |

## II.2.4. Załącznik 4 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Plan Realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI** | | | | | | | | | |
| **Nr** | | | |  | | | | | |
| **Data wypełnienia** | | | |  | | | | | |
| **Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją** | | | |  | | | | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | | |  | | | | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | | |  | | | | | |
| Lp. | Nazwa procedury | Czas trwania (w minutach lub godzinach) | Częstotliwość powtórzeń (dzień, tydzień, miesiąc itp.) | | Łączny czas w tygodniach | Data rozpoczęcia | Osoba realizująca | Sala/gabinet | Uwagi |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | Data, podpis i pieczęć lekarza: | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |

## II.2.5. Załącznik 5 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Oświadczenie Uczestnika

Imię i nazwisko uczestnika:………………………… KOD uczestnika:……………

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przedstawiłam (-em) uczestnikowi Indywidualny Program Rehabilitacji oraz poinformowałam (-em) o możliwości wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie uczestniczenia w programie kompleksowej rehabilitacji

Miejscowość, dnia podpis lekarza

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA W ZAKRESIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam (-em) się z Indywidualnym Programem Rehabilitacji.
2. Zgadam się na realizację procedur zapisanych w Indywidualnym Programie Rehabilitacji.
3. Zostałam (-em) poinformowana (-y) o:
   1. sposobie przeprowadzenia zaplanowanych czynności związanych z kompleksową rehabilitacją,
   2. możliwości wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie uczestniczenia w programie kompleksowej rehabilitacji,
   3. plan rehabilitacji ma charakter dynamiczny i możliwa jest jego modyfikacja na spotkaniu zespołu rehabilitacyjnego,
   4. poszczególne rodzaje procedur (z wyłączeniem zawodowej) zostały zaplanowane na najbliższy miesiąc.
4. Zgadzam się na modyfikowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji, przy moim czynnym udziale
5. Przed sporządzeniem Indywidualnego Programu Rehabilitacji udzieliłam (-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały mi zadane w trakcie. wywiadu lekarskiego na temat mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych chorób i zabiegów oraz wywiadu zawodowego.
6. Informacja przekazana mi przez personel jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała, a dodatkowo w trakcie rozmowy z personelem ośrodka miałam (-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania rehabilitacyjnego.
7. Otrzymałam (-em) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania.

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie wszelkich czynności związanych z rehabilitacją kompleksową i innych dalszych procedur wynikających z Indywidualnego Programu Rehabilitacji.

Miejscowość, dnia……………………….. podpis uczestnika

## II.2.6. Załącznik 6 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Plan realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji

**Realizacja Indywidualnego Planu Rehabilitacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data wypełnienia** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Procedura | Kolejne dni miesiąca: …………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Łączny czas | Podpis realizującego |
| 1. |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Podpis uczestnika: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

## II.2.7. Załącznik 7 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta obserwacji

|  |  |
| --- | --- |
| **INDYWIDUALNA KARTA OBSERWACJI** | |
| **Nr** |  |
| **Data wypełnienia** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  |
| **OCENA MEDYCZNA, PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNA, ZAWODOWA** | |
|  | |

|  |
| --- |
| pieczątka podpis |
|  |

## II.2.8. Załącznik 8 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta oceny końcowej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDYWIDUALNA KARTA OCENY KOŃCOWEJ** | | | |
| **Nr** | | |  |
| **Data wypełnienia** | | |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** | | |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | |  |
| **OCENA MEDYCZNA** | | | |
|  | | | |
| **Zalecenia i rekomendacje** | | | |
|  | | | |
|  | | pieczątka podpis | |
|  | |  | |
| **INDYWIDUALNA KARTA OCENY KOŃCOWEJ** | | | |
| **Nr** | | |  |
| **Data wypełnienia** | | |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** | | |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | |  |
| **OCENA PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNA** | | | |
|  | | | |
| **Zalecenia i rekomendacje** | | | |
|  | | | |
|  | pieczątka podpis | | |
|  |  | | |
| **INDYWIDUALNA KARTA OCENY KOŃCOWEJ** | | | |
| **Nr** | | |  |
| **Data wypełnienia** | | |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** | | |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** | | |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** | | |  |
| **OCENA ZAWODOWA** | | | |
|  | | | |
| **Zalecenia i rekomendacje** | | | |
|  | | | |
|  | pieczątka podpis | | |

## 

### II.3. Moduł zawodowy

## II.3.1. Wykaz zawodów deficytowych

Na etapie opracowania modelu rehabilitacji kompleksowej przygotowano analizę zawodów w oparciu o:

* aktualną analizę zawodów deficytowych w miejscu zamieszkania lub podjęcia pracy przez uczestnika projektu. Zawody deficytowe to zawody, na które występuje na rynku pracy wyższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w danym zawodzie. Dane o zawodach deficytowych pochodzą z monitoringu zawodów deficytowych i nadwyżkowych, prowadzonego przez urzędy pracy wg jednolitej metodologii, zaleconej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Dokonane z perspektywy kraju i poszczególnych makroregionów analizy wskazały następujące grupy zawodów deficytowych w ostatnim roku[[7]](#footnote-7):

- w skali kraju: pośrednicy pracy i zatrudnienia, programiści aplikacji, projektanci aplikacji sieciowych i multimediów, administratorzy systemów komputerowych, pracownicy centrów obsługi telefonicznej (pracownicy call center), operatorzy maszyn do produkcji wyrobów z tworzyw sztucznych, kierowcy operatorzy wózków jezdniowych, przedstawiciele handlowi[[8]](#footnote-8).

- w skali makroregionów powtarzające się zawody to m.in.: kucharze, cukiernicy, piekarze, operatorzy maszyn skrawających, fryzjerzy, pracownicy związani z branżą budowlaną.

* analizę zawodową branż strategicznych wskazanych w Strategiach Rozwoju oraz Regionalnych Strategiach Innowacji dla poszczególnych województw.

Zidentyfikowano zawody spełniające ww. wymogi w poszczególnych makroregionach oraz określono możliwe formy kursów realizowanych w celu nabycia kwalifikacji. W procesie diagnozy uwzględniono kryterium czasu realizacji kursu – ze względu na wymogi projektu wzięto pod uwagę tylko te kursy, których realizacji trwa nie dłużej niż rok kalendarzowy. Poniżej zestawienia zawodów deficytowych dla każdego z makroregionów.

**Makroregion 1 obejmuje województwa**:

• zachodniopomorskie (skrót – WZ)

• pomorskie (skrót – WP)

• kujawsko-pomorskie (skrót – WKP)

* wielkopolskie (skrót – WW).

Zawody deficytowe dla poszczególnych województw makroregionu 1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zawody deficytowe** | **WZ** | **WP** | **WKP** | **WW** | **Oznaczenie kwalifikacji** | **Nazwa kwalifikacji** | **Symbol cyfrowy zawodu** | **Nazwa zawodu, w którym wyodrębniono daną kwalifikację** | **Forma realizacji - KKZ** | **Forma realizacji – Kurs czeladniczy** | **Forma realizacji – inne kursy** |
| Betoniarze i zbrojarze | X | X | X | X | BD.12. | Wykonywanie robót zbrojarskich i betoniarskich | 711402 | Betoniarz-zbrojarz | X | X |  |
| Brukarze | X | X | X | X |  |  |  |  |  | X |  |
| Cieśle i stolarze budowlani | X | X | X | X | BD.11. | Wykonywanie robót ciesielskich | 711501 | Cieśla | X | X |  |
| Cukiernicy | X | X | X | X | TG.04. | Produkcja wyrobów cukierniczych | 751201 | Cukiernik | X | X |  |
| Dekarze i blacharze budowlani | X | X | X | X | BD.08. | Wykonywanie robót dekarskich | 712101 | Dekarz | X | X |  |
| Elektrycy, elektromonterzy | X | X | X | X | EE.05. | Montaż, uruchamianie i konserwacja instalacji, | 741103 | Elektryk | X | X | X |
| Elektromechanik, | X | X | X | X | EE.04. | Montaż i obsługa maszyn i urządzeń elektrycznych | 741201 | Elektromechanik | X | X |  |
| Fryzjerzy | X | X | X | X | AU.21. | Wykonywanie zabiegów fryzjerskich | 514101 | Fryzjer | X | X |  |
| Fizjoterapeuci i masażyści | --- | X | X | --- |  |  |  |  |  |  |  |
| Graficy komputerowi | --- | --- | X | X | AU.54. | Przygotowywanie oraz wykonywanie prac graficznych i publikacji cyfrowych | 311943 | Technik grafiki i poligrafii cyfrowej | X |  | X |
| Kelnerzy i barmani | X | X | --- | X | TG.11. | Organizacja usług gastronomicznych | 513101 | Kelner | X | X | X |
| Kierowcy autobusów | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Kosmetyczki | --- | X | --- | X | AU.61. | Wykonywanie zabiegów kosmetycznych twarzy | 514207 | Technik usług kosmetycznych | X | X | X |
| Kosmetyczki |  |  |  |  | AU.62. | Wykonywanie zabiegów kosmetycznych ciała, dłoni i stóp | 514207 | Technik usług kosmetycznych | X | X | X |
| Krawcy i pracownicy odzieży | X | X | --- | X | AU.14. | Projektowanie i wytwarzanie wyrobów odzieżowych | 753105 | Krawiec | X | X |  |
| Kucharze | X | X | X | X | TG.07. | Sporządzanie potraw i napojów | 512001 | Kucharz | X | X |  |
| Lakiernicy | --- | X | X | --- | MG.27. | Wykonywanie prac lakierniczych | 713201 | Lakiernik | X | X |  |
| Mechanicy pojazdów samochodowych | X | X | X | X | MG.18. | Diagnozowanie i naprawa podzespołów i zespołów pojazdów samochodowych | 723103 | Mechanik pojazdów samochodowych | X | X |  |

**Makroregion 2 obejmuje województwa:**

* lubuskie (skrót – WL)
* dolnośląskie (skrót – WD)
* opolskie (skrót – WO)
* śląskie (skrót – WŚ).

Zawody deficytowe dla poszczególnych województw makroregionu 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zawody deficytowe** | **WL** | **WD** | **WO** | **WŚ** | **Oznaczenie kwalifikacji** | **Nazwa kwalifikacji** | **Symbol cyfrowy zawodu** | **Nazwa zawodu, w którym wyodrębniono daną kwalifikację** | **Forma realizacji - KKZ** | **Forma realizacji – Kurs czeladniczy** | **Forma realizacji – inne kursy** |
| Betoniarze i zbrojarze | X | X | --- | X | BD.12./czeladnik | Wykonywanie robót zbrojarskich i betoniarskich | 711402 | Betoniarz-zbrojarz | X | X |  |
| Blacharze i lakiernicy samochodowi | X | X | --- | X | czeladnik |  |  | Blacharz samochodowy, lakiernik samochodowy |  | X |  |
| Brukarze | X | X | --- | X | czeladnik |  |  | Brukarz |  | X |  |
| Cieśle i stolarze budowlani | X | X | X | X | BD.11./czeladnik | Wykonywanie robót ciesielskich | 711501 | Cieśla | X | X |  |
| Cukiernicy | X | X | --- | X | TG.04./czeladnik | Produkcja wyrobów cukierniczych | 751201 | Cukiernik | X | X |  |
| Dekarze i blacharze budowlani | X | X | --- | X | BD.08./czeladnik | Wykonywanie robót dekarskich | 712101 | Dekarz | X | X |  |
| Elektrycy, elektromechanicy, elektromonterzy | X | X | --- | X | EE.05./czeladnik | Montaż, uruchamianie i konserwacja instalacji | 741103 | Elektryk | X | X | X |
| Fryzjerzy | X | X | X | X | AU.21./czeladnik | Wykonywanie zabiegów fryzjerskich | 514101 | Fryzjer | X | X |  |
| Fizjoterapeuci i masażyści | X | X | X | --- |  |  |  |  |  |  | studia |
| Inżynierowie budowlani | X | X | --- | --- |  |  |  |  |  |  | studia |
| Kelnerzy i barmani | X | X | X | X | TG.11./czeladnik | Organizacja usług gastronomicznych | 513101 | Kelner | X | X | X |
| Kierowcy autobusów | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Kosmetyczki | X | --- | --- | X | AU.61./czeladnik | Wykonywanie zabiegów kosmetycznych twarzy | 514207 | Technik usług kosmetycznych | X | X | X |
| Kosmetyczki | X | --- | --- | X | AU.62./czeladnik | Wykonywanie zabiegów kosmetycznych ciała, dłoni i stóp | 514207 | Technik usług kosmetycznych | X | X | X |
| Krawcy i pracownicy odzieży | X | X | X | X | AU.14./czeladnik | Projektowanie i wytwarzanie wyrobów odzieżowych | 753105 | Krawiec | X | X |  |
| Kucharze | X | X | X | X | TG.07./czeladnik | Sporządzanie potraw i napojów | 512001 | Kucharz | X | X |  |
| Magazynierzy | X | --- | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Masaże i przetwórcy ryb | X | --- | X | X | czeladnik |  |  |  |  | X |  |
| Mechanicy pojazdów samochodowych | X | X | X | X | MG.18./czeladnik | Diagnozowanie i naprawa podzespołów i zespołów pojazdów samochodowych | 723103 | Mechanik pojazdów samochodowych | X | X |  |
| Monterzy instalacji budowlanych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Murarze i tynkarze | X | X | X | X | BD.14 /czeladnik | Wykonywanie zapraw murarskich, tynkarskich i mieszanek betonowych. | 711204 | Murarz tynkarz, murarz | X | X |  |
| Nauczyciele języków obcych | X | X | --- | --- |  |  |  |  |  |  | studia |
| Operatorzy i mechanicy sprzętu robót ziemnych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Operatorzy obrabiarek skrawających | X | X | X | X | MG.19./czeladnik | Użytkowanie obrabiarek skrawających | 722307 | Operator obrabiarek skrawających | X | X |  |
| Piekarze | X | X | X | X | TG.03./czeladnik | Produkcja wyrobów piekarskich | 751204 | Piekarz | X | X |  |
| Pomoce kuchenne | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Pracownicy robót wykończeniowych w budownictwie | X | X | --- | X | BD.04./czeladnik | Wykonywanie robót montażowych, okładzinowych i wykończeniowych | 712905 | Monter zabudowy i robót wykończeniowych w budownictwie | X | X |  |
| Robotnicy budowlani | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Robotnicy obróbki drewna i stolarze | X | X | X | X | czeladnik |  |  | Stolarz |  | X |  |
| Samodzielni księgowi | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Spawacze | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Spedytorzy i logistycy | --- | X | X | --- | AU.32. | Organizacja transportu | 333107 | Technik logistyk | X |  |  |
| Sprzedawcy i kasjerzy | X | X | --- | X | AU.20. | Prowadzenie sprzedaży | 522301 | Sprzedawca | X |  |  |
| Szefowie kuchni | X | X | X | X | mistrz |  |  | Kucharz |  |  |  |
| Ślusarze | X | X | X | X | MG.20./czeladnik | Wykonywanie i naprawa elementów maszyn, urządzeń i narzędzi | 722204 | Ślusarz | X | X |  |
| Tapicerzy | X | --- | X | --- | AU.12./czeladnik | Wykonywanie wyrobów tapicerowanych | 753402 | Tapicer | X | X |  |

**Makroregion 3 obejmuje województwa:**

* warmińsko-mazurskie (skrót – WWM)
* podlaskie (skrót – WP)
* mazowieckie (skrót – WM)
* łódzkie (skrót -WŁ)

Zawody deficytowe dla poszczególnych województw makroregionu 3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zawody deficytowe** | **WWM** | **WP** | **WM** | **WŁ** | **Oznaczenie kwalifikacji** | **Nazwa kwalifikacji** | **Symbol cyfrowy zawodu** | **Nazwa zawodu, w którym wyodrębniono daną kwalifikację** | **Forma realizacji - KKZ** | **Forma realizacji – Kurs czeladniczy** | **Forma realizacji – inne kursy** |
| Betoniarze i zbrojarze | X | --- | X | --- | BD.12./czeladnik | Wykonywanie robót zbrojarskich i betoniarskich | 711402 | Betoniarz-zbrojarz | X | X |  |
| Cieśle i stolarze budowlani | X | X | X | --- | BD.11./czeladnik | Wykonywanie robót ciesielskich | 711501 | Cieśla | X | X |  |
| Elektrycy, elektromechanicy, elektromonterzy | X | X | X | --- | EE.05./czeladnik | Montaż, uruchamianie i konserwacja instalacji, | 741103 | Elektryk | X | X |  |
| Fryzjerzy | X | X | X | X | AU.21./czeladnik | Wykonywanie zabiegów fryzjerskich | 514101 | Fryzjer | X | X |  |
| Kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Krawcy i pracownicy odzieży | X | X | X | X | AU.14./czeladnik | Projektowanie i wytwarzanie wyrobów odzieżowych | 753105 | Krawiec | X | X |  |
| Kucharze | X | X | X | X | TG.07./czeladnik | Sporządzanie potraw i napojów | 512001 | Kucharz | X | X |  |
| Magazynierzy | X | X | --- | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Mechanicy pojazdów samochodowych | X | --- | X | --- | MG.18./czeladnik | Diagnozowanie i naprawa podzespołów i zespołów pojazdów samochodowych | 723103 | Mechanik pojazdów samochodowych | X | X |  |
| Operatorzy i mechanicy sprzętu robót ziemnych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Operatorzy obrabiarek skrawających | X | X | --- | --- | MG.19./czeladnik | Użytkowanie obrabiarek skrawających | 722307 | Operator obrabiarek sterujących | X | X |  |
| Piekarze | X | X | X | --- | TG.03./czeladnik | Produkcja wyrobów piekarskich | 751204 | Piekarz | X | X |  |
| Spawacze | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Szefowie kuchni | X | X | --- | --- | mistrz |  |  |  |  | X |  |
| Ślusarze | X | X | X | X | MG.20./czeladnik | Wykonywanie i naprawa elementów maszyn, urządzeń i narzędzi | 722204 | Ślusarz | X | X |  |

**Makroregion 4 obejmuje województwa:**

* lubelskie (skrót – WL)
* świętokrzyskie (skrót – WŚ)
* podkarpackie (skrót – WP)
* małopolskie (skrót – WM)

Zawody deficytowe dla poszczególnych województw makroregionu 4.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zawody deficytowe** | **WL** | **WŚ** | **WP** | **WM** | **Oznaczenie kwalifikacji** | **Nazwa kwalifikacji** | **Symbol cyfrowy zawodu** | **Nazwa zawodu, w którym wyodrębniono daną kwalifikację** | **Forma realizacji - KKZ** | **Forma realizacji – Kurs czeladniczy** | **Forma realizacji – inne kursy** |
| Betoniarze i zbrojarze | --- | X | X | X | BD.12./czeladnik | Wykonywanie robót zbrojarskich i betoniarskich | 711402 | Betoniarz-zbrojarz | X | X |  |
| Blacharze i lakiernicy samochodowi | --- | X | X | X | czeladnik |  |  | Blacharz samochodowy, lakiernik samochodowy |  | X |  |
| Brukarze | --- | X | X | X | czeladnik |  |  | Brukarz |  | X |  |
| Cieśle i stolarze budowlani | --- | X | X | X | BD.11./czeladnik | Wykonywanie robót ciesielskich | 711501 | Cieśla | X | X |  |
| Dekarze i blacharze budowlani | --- | X | X | X | BD.08./czeladnik | Wykonywanie robót dekarskich | 712101 | Dekarz | X | X |  |
| Diagności samochodowi | X | --- | X | --- |  |  |  |  |  |  | X |
| Elektrycy, elektromechanicy, elektromonterzy | --- | X | X | X | EE.05./czeladnik | Montaż, uruchamianie i konserwacja instalacji, | 741103 | Elektryk | X | X |  |
| Fryzjerzy | X | X | X | X | AU.21./czeladnik | Wykonywanie zabiegów fryzjerskich | 514101 | Fryzjer | X | X |  |
| Fizjoterapeuci i masażyści | --- | --- | X | X |  |  |  |  |  |  | studia |
| Kelnerzy i barmani | --- | --- | X | X | TG.11./czeladnik | Organizacja usług gastronomicznych | 513101 | Kelner | X | X | X |
| Kierowcy autobusów | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Kosmetyczki | X | --- | --- | X | AU.62./czeladnik | Wykonywanie zabiegów kosmetycznych ciała, dłoni i stóp | 514207 |  | X | X |  |
| Krawcy i pracownicy odzieży | --- | X | X | X | AU.14./czeladnik | Projektowanie i wytwarzanie wyrobów odzieżowych | 753105 | Krawiec | X | X |  |
| Kucharze | X | X | X | X | TG.07./czeladnik | Sporządzanie potraw i napojów | 512001 | Kucharz | X | X |  |
| Mechanicy pojazdów samochodowych | --- | X | X | X | MG.18./czeladnik | Diagnozowanie i naprawa podzespołów i zespołów pojazdów samochodowych | 723103 | Mechanik pojazdów samochodowych | X | X |  |
| Monterzy instalacji budowlanych | --- | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Murarze i tynkarze | --- | X | X | X | BD.14 /czeladnik | Wykonywanie zapraw murarskich, tynkarskich i mieszanek betonowych. | 711204 | Murarz tynkarz, murarz | X | X |  |
| Operatorzy i mechanicy sprzętu robót ziemnych | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Operatorzy obrabiarek skrawających | --- | X | X | X | MG.19./czeladnik | Użytkowanie obrabiarek skrawających | 722307 | Operator obrabiarek sterujących | X | X |  |
| Piekarze | X | X | X | X | TG.03./czeladnik | Produkcja wyrobów piekarskich | 751204 | Piekarz | X | X |  |
| Robotnicy budowlani | --- | X | --- | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Robotnicy obróbki drewna i stolarze | --- | X | X | X | czeladnik |  |  | Stolarz |  | X |  |
| Samodzielni księgowi | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Spawacze | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Szefowie kuchni | X | --- | X | X | mistrz |  |  | Kucharz |  | X |  |
| Ślusarze | --- | X | X | X | MG.20./czeladnik | Wykonywanie i naprawa elementów maszyn, urządzeń i narzędzi | 722204 | Ślusarz | X | X |  |

## II.3.2. Karta Usług Doradczych

|  |  |
| --- | --- |
| **KARTA USŁUG DORADCZYCH** | |
| **Nr** |  |
| **Data wypełnienia** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer Uczestnika w ORK** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **WPROWADZENIE** | | |
| **Deficyty w obszarze edukacyjnym** | | Obszar zdiagnozowanego deficytu |  |
| Proponowane działania niwelujące deficyty |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kompetencje TIK** | Analiza kompetencji w obszarze TIK |  |
| Proponowany kurs TIK – poziom |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zatrudnienie** | Uczestnik może znaleźć nowe stanowisko pracy u dotychczasowego pracodawcy; |  |
| Uczestnik musi znaleźć nowy zawód na rynku pracy |  |
| uczestnik posiada deficyty w zakresie umiejętności poszukiwania pracy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inne** | Zalecane kierunki kształcenia – kursu lub szkolenia zawodowego – uszczegółowienie |  |
| Możliwości, bariery i ograniczenia oraz zalecane warunki pracy i ewentualne przeciwwskazania dotyczące warunków pracy |  |
| Potrzeby w zakresie wyposażenia w sprzęt kompensujący posiadane dysfunkcje - sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny |  |
| Potrzeby w zakresie adaptacji stanowiska i miejsca pracy |  |
| inne zalecenia, które moją służyć zdobyciu nowego zawodu. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B.** | **KWALIFIKACJE, UMIEJĘTNOŚCI, ZAINTERESOWANIA** | | |
| **Poziom wykształcenia** | |  | Kierunek/specjalizacja |
| niepełne podstawowe  (ISCED 0) |  |
| Podstawowe  (ISCED 1) |  |
| Gimnazjalne  (ISCED 2) |  |
| zasadnicze zawodowe  (ISCED 3) |  |
| średnie zawodowe (technik)  (ISCED 3) |  |
| Licealne  (ISCED 3) |  |
| Pomaturalne  (ISCED 4) |  |
| wyższe zawodowe (lic., inż. lub równorzędne) (ISCED 5-6) |  |
| wyższe magisterskie (mgr lub równorzędne) (ISCED 7) |  |
| wyższy stopień lub tytuł naukowy (dr, prof.) (ISCED 8) |  |

|  |
| --- |
| **Specyficzne kwalifikacje – przebyte szkolenia:**  kursy.............................................................języki obce..................................................  licencje.........................................................prawo jazdy (kategoria).......................  uprawnienia................................................. inne (jakie?)........................................ |

|  |
| --- |
| **Zawody wykonywane:** |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie zawodowe (staż pracy) w zawodach:**  wyuczonych..............................................wykonywanych.............................................. |

|  |
| --- |
| **Czynności o znaczeniu zawodowym wykonywane w czasie wolnym/ zainteresowania:** |

|  |
| --- |
| **Posiadane umiejętności o znaczeniu zawodowym:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **C. OGRANICZENIA ZDROWOTNE:** | |
|  | |
| **D.** | **CZYNNIKI SPOŁECZNO – EKONOMICZNE:** |
|  | |
| **E.** | **ROZPATRYWANE ALTERNATYWNE ROZWIĄZANIA PROBLEMU, DECYZJA ZAWODOWA UCZESTNIKA:** |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **F.** | **UWAGI – POSTĘPY – PODJĘTE DZIAŁANIA PRZY ROZWIĄZYWANIU PROBLEMU ZAWODOWEGO UCZESTNIKA:** |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **G.** | **TERMINY SPOTKAŃ Z DORADCĄ ZAWODOWYM** | | | |
| Lp. | Data spotkania | Podpis uczestnika | Zgłosił się/ nie zgłosił się | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

## II.3.3. Dokumentacja porady grupowej (lista obecności)

|  |  |
| --- | --- |
| **DOKUMENTACJA USŁUGI GRUPOWEJ** | |
| **Numer projektu:** |  |
| **Tytuł projektu:** |  |
| **Nr umowy, nawa i adres ORK:** |  |
| **Tytuł warsztatów/ usługi grupowej:** |  |
| **Cel warsztatów/  usługi grupowej**: |  |

**Program i harmonogram warsztatów/doradztwa grupowego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data, godzina spotkania**  **od-do** | **Zakres tematyczny** | **Używane materiały i pomoce** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**Lista obecności podczas warsztatów/doradztwa grupowego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Podpis** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |

Czytelnypodpis doradcy/osoby prowadzące

## II.3.4. Dziennik szkolenia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIENNIK SZKOLENIA** | | | | |
| **Numer projektu** | |  | | |
| **Tytuł projektu** | |  | | |
| **Nr umowy, nawa i adres ORK:** | | | | |
| **Nazwa szkolenia:** | | | | |
| **Numer szkolenia:** | | | | |
| **Data rozpoczęcia:** | | | **Data zakończenia:** | |
| **Kontakt do osoby odpowiedzialnej za realizację szkolenia:**  Telefon: ……………… Telefon komórkowy: ……………………..  e-mail:……………… | | | | |
| **Organizator:** | | | | |
| Adres Organizatora: ………………………………… | | | Kontakt: | |
| **Miejsce organizacji szkolenia (dokładny adres):**  ……………………………………………………………………………………….. | | | | |
| Nazwisko i imię trenera/-ów prowadzącego/-ych szkolenie: | | | | |
| Liczba osób, które rozpoczęły szkolenie: ………………………………………………. | | Liczba osób, które ukończyły szkolenie: …………………………………………………… | | |

…………………………………………………………..

Podpis Kierownika Szkolenia

**Program szkolenia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot** | **Liczba godzin zajęć** | | |
| **teoretycznych** | | **praktycznych** |
| 1. |  |  | |  |
| 2. |  |  | |  |
| 3. |  |  | |  |
| 4. |  |  | |  |
| 5. |  |  | |  |
| 6. |  |  | |  |
| 7. |  |  | |  |
| 8. |  |  | |  |
| 9. |  |  | |  |
| 10. |  |  | |  |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PLAN SZKOLENIA | | | REALIZACJA SZKOLENIA | | | |
| DATA: | |  | |
| Lp. | Temat szkolenia | Liczba godzin | Liczba godzin | Liczba osób obecnych | Treść zajęć | Podpis prowadzących zajęcia |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PLAN SZKOLENIA | | | REALIZACJA SZKOLENIA | | | |
| DATA: | |  | |
| Lp. | Temat szkolenia | Liczba godzin | Liczba godzin | Liczba osób obecnych | Treść zajęć | Podpis prowadzących zajęcia |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PLAN SZKOLENIA | | | REALIZACJA SZKOLENIA | | | |
| DATA: | |  | |
| Lp. | Temat szkolenia | Liczba godzin | Liczba godzin | Liczba osób obecnych | Treść zajęć | Podpis prowadzących zajęcia |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

Podpis Kierownika Szkolenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDYWIDUALNA LISTA OBECNOŚCI** | | | | | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia:** | | |  | | | | | | | |
| **Kod szkolenia:** | | |  | | | | | | | |
| Nazwisko: | | |  | | Imię: | | |  | | |
| PESEL: | | | | | Nr telefonu kontaktowego: | | | | | | |
| **Lp.** | **Data** | | | **Podpis Beneficjenta** | **Lp.** | **Data** | | | **Podpis Beneficjenta** | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | |  | | |

Niniejszym oświadczam, że:

* **zostałem/łam poinformowany**, że usługa w której biorę udział jest współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
* **otrzymałem/łam** materiały szkoleniowe oznaczone logo EFS;
* w trakcie szkolenia trwającego powyżej 4 godzin dziennie **otrzymałem/łam** ciepły posiłek.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  Miejscowość, data | ……………………………………  Podpis Uczestnika | ……………………………………  Potwierdzenie Kierownika Szkolenia |

## II.3.5. Ewidencja wydanych zaświadczeń/certyfikatów (wymagania minimalne)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL osoby, której wydano zaświadczenie, a w przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. |  |
| Data wydania zaświadczenia. |  |
| Numer zaświadczenia. |  |
| Data odbioru zaświadczenia. |  |
| Potwierdzenie odbioru: |  |

## II.3.6. Arkusz oceny oferowanego stanowiska pracy

|  |  |
| --- | --- |
| **OPIS OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY** | |
| Nazwa stanowiska pracy (zawód): |  |
| Pracodawca, adres: |  |
| Data wystawienia: |  |
| Praca w godzinach : |  |

**OGÓLNY OPIS STANOWISKA PRACY**

Uwaga: zakreślić właściwą ocenę

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | RODZAJ PRACY: biurowa, organizacyjna, produkcyjna, artystyczna, opiekuńcza, usługowa, porządkowa, informacyjna, inne ………………………………. |
| 1 | CZYNNOŚCI DOMINUJĄCE: werbalne, sensoryczne, motoryczne, umysłowe |
| 2 | OGÓLNE OBCIĄŻENIE FIZYCZNE: brak, małe, średnie, duże, stałe, sporadyczne, |
| 3 | POMIESZCZENIE zamknięte, otwarta przestrzeń |
| 4 | DOMINUJĄCA POZYCJA: siedząca, stojąca, zmienna, w ruchu |
| 5. | DOMINUJĄCY WYSIŁEK: fizyczny, umysłowy |

**UCIĄŻLIWOŚĆ ŚRODOWISKA PRACY I CZYNNIKI NIEBEZPIECZNE;**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Katalog cech | Tak/Nie | Uwagi |
| 01 | drgania mechaniczne, |  |  |
| 02 | hałas, |  |  |
| 03 | mikroklimat, |  |  |
| 04 | oświetlenie, |  |  |
| 05 | promieniowanie szkodliwe, |  |  |
| 06 | zanieczyszczenie powietrza |  |  |
| 07 | zmianowość pracy |  |  |

**WYMAGANIA WOBEC PRACOWNIKA - Wykształcenie**

W wybranej kolumnie [Wybór] symbolem X zaznaczyć właściwą odpowiedź.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Poziom wykształcenia | Kierunek/specjalizacja |
| 1 | niepełne podstawowe (ISCED 0) |  |
| 2 | Podstawowe (ISCED 1) |  |
| 3 | Gimnazjalne (ISCED 2) |  |
| 4 | zasadnicze zawodowe (ISCED 3) |  |
| 5 | średnie zawodowe (technik) (ISCED 3) |  |
| 6 | Licealne (ISCED 3) |  |
| 7 | Pomaturalne (ISCED 4) |  |
| 8 | wyższe zawodowe (lic., inż. lub równorzędne) (ISCED 5-6) |  |
| 9 | wyższe magisterskie (mgr lub równorzędne) (ISCED 7) |  |
| 10 | wyższy stopień lub tytuł naukowy (dr, prof.) (ISCED 8) |  |
| 11 | Wymagane kursy, uprawnienia |  |

**WYMAGANIA WOBEC PRACOWNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Katalog cech** | **Uwagi** |
| 1.0 | WYMAGANE CECHY PSYCHICZNE  Np. dokładność, cierpliwość, umiejętność pracy w zespole, zdolność do pracy w szybkim tempie, odporność na stres, komunikatywność |  |
| 2.0 | WYMAGANE CECHY FIZYCZNE |  |
| 2.1 | sprawność układu ruchu |  |
| 2.2 | sprawność kończyn dolnych |  |
| 2.3 | sprawność kończyn górnych (rąk, palców) |  |
| 3.0 | WYMAGANA SPRAWNOŚĆ NARZĄDÓW ZMYSŁÓW  Słuch, wzrok, węch, smak, równowaga |  |
| 4.0 | WYMAGANA SPRAWNOŚĆ SENSOMOTORYCZNA |  |
| 4.1 | koordynacja wzrokowo – ruchowa |  |
| 4.2 | szybki refleks |  |
| 4.3 | Spostrzegawczość |  |
| 4.4 | brak lęku przed wysokością |  |
| 5.0 | WYMAGANE SPRAWNOŚCI I ZDOLNOŚCI |  |
| 5.1 | koncentracja uwagi |  |
| 5.2 | podzielność uwagi |  |
| 5.3 | dobra pamięć |  |
| 5.4 | wyobraźnia przestrzenna |  |
| 5.5 | uzdolnienia rachunkowe |  |
| 5.6 | rozumowanie logiczne |  |
| 5.7 | wyobraźnia i myślenie twórcze |  |
| 5.8 | łatwość wypowiedzi w mowie i piśmie |  |
| 5.9 | uzdolnienia techniczne |  |
| 5.10 | uzdolnienia artystyczne (twórcze) |  |

### 

### II.4. Moduł psychospołeczny

## II.4.1. Szczegółowa metodologia pracy psychologa

Etap I - działania podejmowane przez psychologa w ORK

Obszar A - działania podejmowane przez psychologa wobec uczestnika

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obszar A | Temat | Opis | Czas |
| Podobszar A.I. |  | Oddziaływania indywidualne |  |
| 1. | Pierwsze spotkanie z psychologiem w ORK | Pierwsze spotkanie uczestnika projektu z psychologiem ma na celu zbudowanie klimatu zaufania, co stanowi niezbędny warunek konstruktywnej współpracy. W trakcie sesji psycholog będzie miał okazję do przeprowadzenia pierwszych (wstępnych) obserwacji odnośnie do funkcjonowania uczestnika. Pod koniec spotkania prowadzący sesję ustali z uczestnikiem wstępne cele spotkań, zakres oraz zasady współpracy (tzw. kontrakt psychologiczny). Poza walorami „organizacyjnymi”, zawarcie kontraktu zwykle powoduje wewnętrzne zobowiązanie uczestnika do realizacji ustalonego planu. Sesja ta ma zatem szczególne znaczenie dla udziału uczestnika nie tylko w usługach psychologicznych, ale także w kolejnych formach wsparcia przewidzianych w projekcie. Istotną rolę odegra tu doświadczenie i „wyczucie” psychologa prowadzącego konsultację.  Zalecane narzędzia/techniki wykorzystane w trakcie spotkania:   * rozmowa (tutaj jak powyżej) * wywiad * obserwacja | 1 godz. |
| 2 | Diagnoza psychospołecznego funkcjonowania Uczestnika (działanie wstępnie realizowane wspólnie z pracownikami CIOP-PIB ) | W trakcie kolejnego spotkania, psycholog przeprowadzi pomiar kompetencji społecznych z użyciem testów/kwestionariuszy psychologicznych. Ta sesja ma na celu uzyskanie przez psychologa niezbędnej wiedzy do sformułowania oceny potencjału i deficytów psychospołecznych uczestnika.  Rekomenduje się, z uwzględnieniem indywidualnego zapotrzebowania, korzystanie z wybranych, następujących narzędzi w procesie pracy z uczestnikiem:  1.Funkcjonowanie psychospołeczne:   * URK-R - Skala psychospołecznych problemów osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Witkowski, Otrębski, Wiącek, Czusz i Mariańczyk, 2015); * PCH-R - Skala psychospołecznych problemów osób chorych przewlekle (Witkowski, Otrębski, Wiącek, Czusz i Mariańczyk, 2015);   2. Diagnoza osobowości   * Kwestionariusz Osobowości Eysencka w Wersji Skróconej EPQ-R(S) (Jaworowska, 2011); * NEO FFI - Inwentarz Osobowości (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak i Śliwińska, 1998). * DS14- Skala do pomiaru Typu D (osobowość stresowa) (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009).   3. Zasoby   * KKS Kwestionariusz Kompetencji Społecznych- KKS (Matczak, 2001); * AS-5-R - Skala aktualizacji siebie (Witkowski, Otrębski, Wiącek, Czusz i Mariańczyk, 2015); * BHI-12 (Kwestionariusz Nadziei Podstawowej) (Trzebiński i Zięba, 2003); * MSEI (Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny) (Fecenec, 2008); * SWLS - Skala Satysfakcji z Życia (Juczyński, 2001); * PKIE (Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej) (Jaworowska, Matczak, Ciechanowicz, Stańczak i Zalewska, 2005); * CECS (Skala Kontroli Emocjonalnej) (Juczyński, 2001); * SOS Skala Znaczenia Innych (Juczyński, 2014);   4. Radzenie sobie z bólem   * CSQ (Kwestionariusz Strategii Radzenia sobie z bólem) (Juczyński, 2009); * BPCQ (Kwestionariusz Przekonań na temat kontroli bólu) (Juczyński, 2009).   **\* wszelkie badania z użyciem testu psychologicznego wymagają zgody osoby badanej, która także ma prawo otrzymać od psychologa informacje o uzyskanych wynikach.** | 3 godziny |
| 3 | Badanie podejścia uczestnika do własnego rozwoju zawodowego | Pamiętając, że poradnictwo psychologiczne w projekcie ma na celu pobudzenie uczestnika do podjęcia aktywności na rzecz rozwoju zawodowego, niezbędne jest zbadanie postawy i motywacji uczestnika wobec tego zagadnienia. W trakcie tej sesji, psycholog przeprowadzi badanie postawy wobec Rozwoju Zawodowego z zastosowaniem „Kwestionariusza postaw wobec rozwoju zawodowego” i/lub wybranych przez siebie innymi metod/narzędzi diagnostycznych, w tym obserwacji i wywiadu.  Na etapie przygotowania diagnozy wstępnej predyspozycji i kompetencji zawodowej przeprowadzanej przez CIOP na terenie ORK (psycholog z ORK sporządza opinię psychologiczną na temat gotowości do zmiany ( w szczególności zmiany zawodowej) oraz zasadniczych cech osobowości warunkujących aktywizację zawodową i edukacyjną uczestnika. Psycholog wskaże także zasadność skierowania uczestnika do udziału w spotkaniach grupowych z psychologiem.  Zalecane narzędzia/techniki wykorzystane w trakcie spotkania:   * rozmowa * wywiad w oparciu o Kwestionariusz postaw wobec Rozwoju Zawodowego (Załącznik)\* (na przykład pytania: Czy chętnie uczestniczy Pani/Pan w szkoleniach/kursach? Czy nauka sprawia Pani/Panu przyjemność? Czy uważa Pani/Pan, że warto uczyć się przez całe życie? Czy według Pani/Pana wysokie kwalifikacje i umiejętności zawodowe są ważne? Czy uważa Pani/Pan, że ma Pani/Pan szansę po ukończeniu odpowiednich szkoleń/kursów na lepszą sytuację zawodową?); * inne metody pomiaru psychologicznego (kwestionariusze, testy itp.), w zależności od potrzeb klienta i ustaleń psychologa prowadzącego sesję, a mianowicie: * LMI–Inwentarz Motywacji Osiągnięć (Klinkosz i Sękowski, 2013); * KNS-Kwestionariusz Nadziei na Sukces (Łaguna, Trzebiński i Zięba, 2005); * BIP (Bochumski Inwentarz Osobowościowych Wyznaczników Pracy) (Jaworowska i Brzezińska, 2014); * NEO-FFI (Inwentarz Osobowości) (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak i Śliwińska, 1998); * LOTR-R (Test Orientacji Życiowej) (Juczyński, 2009); * KKS (Kwestionariusz Kompetencji Społecznych) (Matczak, 2001); * CISS (Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych)(Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak, 2005). | 4 godz. |
| 4 | Omówienie z Uczestnikiem wyników przeprowadzonych testów i ich znaczenia dla IPR | Zgodnie ze standardami badań psychologicznych, należy omówić z osobą badaną znaczenie wyników uzyskanych w testach psychologicznych. Wartością dodaną tej sesji jest to, że rozmowa o znaczeniu wyników testów jest doskonałą okazją do „otworzenia się” uczestnika, pogłębienia autorefleksji i przedstawienia bardziej wrażliwych informacji na swój temat, które mogą wzbogacić dotychczasowe ustalenia psychologa, a uczestnikowi dać okazję do ujawnienia podświadomych motywów i oczekiwań.  Zalecane narzędzia/techniki wykorzystane w trakcie spotkania:   * rozmowa   Efektem działań w ramach podobszaru A.I. 1-4 oraz Etapu 0 jest sformułowanie przez psychologa wraz z zespołem kompleksowej rehabilitacji i z aktywnym udziałem uczestnika, Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR). Zawiera on indywidualny plan działań z zakresu modułu psychospołecznego (cele, sposoby osiągania celów, terminy, kontrakt psychologiczny). | 2 godz. |
| 5. | Konsultacje indywidualne | 1. Udzielanie wsparcia psycho-emocjonalnego w zależności od potrzeb (informacyjne, instrumentalne; emocjonalne, wartościujące - istotne w interwencjach dotyczących zmiany stylu życia); 2. Poradnictwo psychologiczne (spotkania indywidualne dla uczestników programu i członków rodziny); 3. Elementy oddziaływań psychoterapeutycznych (terapia krótkoterminowa, elementy terapii: usprawniania poznawczego/ egzystencjalnej/ skoncentrowanej na schematach/ racjonalno-emotywnej Ellisa/arteterapii);   W ramach konsultacji indywidualnych realizowany jest IPR jak również omawiane są bieżące trudności i problemy. Rekomenduje się, z uwzględnieniem indywidualnego zapotrzebowania, korzystanie z następujących narzędzi w procesie pracy z uczestnikiem:  1.Funkcjonowanie psychospołeczne:   * URK-R - Skala psychospołecznych problemów osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Witkowski, Otrębski, Wiącek, Czusz i Mariańczyk, 2015); * PCH-R - Skala psychospołecznych problemów osób chorych przewlekle (Witkowski, Otrębski, Wiącek, Czusz i Mariańczyk, 2015);   2. Diagnoza osobowości   * Kwestionariusz Osobowości Eysencka w Wersji Skróconej EPQ-R(S) (Jaworowska, 2011); * NEO FFI - Inwentarz Osobowości (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak i Śliwińska, 1998).   3. Zasoby   * AS-5-R - Skala aktualizacji siebie (Witkowski, Otrębski, Wiącek, Czusz i Mariańczyk, 2015); * BHI-12 (Kwestionariusz Nadziei Podstawowej) (Trzebiński i Zięba, 2003); * MSEI (Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny) (Fecenec, 2008); * SWLS - Skala Satysfakcji z Życia (Juczyński, 2001); * PKIE ( Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej) (Jaworowska, Matczak, Ciechanowicz, Stańczak i Zalewska, 2005); * BES (Body Esteem Scale/Skala Oceny Ciała) (Lipowska i Lipowski, 2013); * SOS Skala Znaczenia Innych (Juczyński, 2014); * GSES (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności) (Juczyński, 2009).   4. Radzenie sobie z bólem   * CSQ (Kwestionariusz Strategii Radzenia sobie z bólem) (Juczyński, 2009); * BPCQ (Kwestionariusz Przekonań na temat kontroli bólu) (Juczyński, 2009).   5. Trudności w radzeniu sobie ze stresem, narażenie na silny stres (np. związany z sytuacją rodzinną, finansową, etc.)   * Mini-Cope (Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem) * CISS (Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych)   6. Niska samoocena   * SES (Skala Samooceny Rosenberga) * MSEI (Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny)   7. wysoki poziom lęku i depresji   * STAI - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku * KPD- Kwestionariusz do pomiaru depresji   8.symptomy wypalenia zawodowego   * Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego   9. problemy z funkcjonowaniem w sytuacjach trudnych   * PTS (Kwestionariusz Temperamentu) * CECS (Skala Kontroli Emocji)   10. komunikacja z innymi ludźmi   * PROKOS (Profil Kompetencji Społecznych) * ICQ-R (Kwestionariusz Kompetencji Interpersonalnych | 18 godzin/osoba |
| Podobszar A.II. |  | Oddziaływania grupowe |  |
| 1 | Grupowy trening behawioralny /psycholog dokonuje wyboru treningu kierując się potrzebami grupy/ | 1. Trening pozytywnego obrazu siebie; 2. Trening radzenia sobie ze stresem; 3. Trening radzenia sobie z trudnymi emocjami (Trening kontroli złości); 4. Trening komunikacji interpersonalnej oraz asertywności; 5. Trening autogenny Schultza. | 40 godzin/osoba |
| 2. | Psychoedukacja | Proponowana tematyka:   * Rozwijanie motywacji; * Rozwijanie samoskuteczności; * Budowanie poczucia własnej wartości; * Kształtowanie optymalnej lokalizacji kontroli zdrowia; * Powiązania psychika-ciało (psychosomatyka) oraz ciało-psychika (somatopsychologia); * Zmiana zachowań zdrowotnych; * i inne w zależności od aktualnych potrzeb grupy | 40 godzin/osoba  (razem w puli z treningiem grupowym) |

Obszar B - działania podejmowane przez psychologa wobec środowiska rodzinnego/zawodowego uczestnika w ORK

Bardzo istotnym obszarem działań psychologa podejmowanych w ramach rehabilitacji psychospołecznej jest praca z środowiskiem jego przebywania, najczęściej dla osób dorosły jest to rodzina i/lub środowisko zawodowe (pracy). Proponuję się poniżej przykładowe aktywności indywidualne i grupowe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obszar B | Temat | Opis | Czas |
| Podobszar B I. |  | Oddziaływania indywidualne |  |
| 1. | Rozmowa z małżonkiem uczestnika | Rozmowa z małżonkiem powinna być ukierunkowana na edukację w zakresie istoty niepełnosprawności, określenia szansy na uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego, trwałości poprawy stanu funkcjonalnego, rodzaju poprawy. W rozmowie należy zwrócić uwagę na:   * możliwość pojawienia się obniżonego poczucia własnej wartości związanego z urazem (atrakcyjność fizyczna, oszpecenie ciała, ubytki części ciała, ograniczenia funkcjonalne w wykonywaniu określonych czynności codziennych) lub chorobą, * zgłaszane dolegliwości bólowe, możliwość pojawienia się PTSD, zaburzeń lękowych i depresyjnych, „zespołu wyuczonej bezradności”, * samodzielność osoby z niepełnosprawnością w zakresie samoobsługi (toaleta ciała, ubieranie się, przygotowywanie i spożywanie posiłków, transfer ciała), pełnienia dotychczasowych ról społecznych (męża/ żony, ojca/matki), aktywności seksualnej małżonków w aspekcie powstałej niepełnosprawności. * wytworzenie reakcji akceptujących, wspierających, dających poczucie bezpieczeństwa i miłości, celem wspierania procesu akceptacji niepełnosprawności przez Uczestnika, aktywizacji do samodzielności, integracji z najbliższym środowiskiem, tworzeniu fundamentu do samorealizacji i pełnego udziału w życiu rodziny i społeczeństwa. * potrzeby bytowe i socjalne rodziny: dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb osoby z niepełnosprawnością, zabezpieczenie w sprzęt ortopedyczny ułatwiający lokomocję i wykonywanie określonych czynności, sprzęt optyczny, środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością, technologie wspomagające komunikację, bezpieczeństwo finansowe związane z utraconym dotychczasowym obszarem pracy zawodowej oraz potrzeby związane z podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną. | 1 godzina |
| 2. | Rozmowa z dziećmi uczestnika | Niepełnosprawność rodzica może być dla dziecka sytuacją w której traci ono poczucie bezpieczeństwa, przeżywa bardzo silne emocje lęku, niepewności, zagrożenia podstawowych potrzeb bytowych, wstydu wobec rówieśników i inne. Bardzo istotną kwestią jest pomoc dziecku w oswojeniu się z obecnością niepełnosprawności w rodzinie i redukcji negatywnych emocji. Jednym z głównych sposobów jest dostarczenie dziecku w odpowiedni dla wieku sposób informacji o niepełnosprawności rodzica i możliwości zaangażowania się dziecka w nowym sposób w relacje z rodzicem tak aby nie odczuwało ono straty „Rodzica sprawnego” | 1 godzina |
| Podobszar B. II |  | Oddziaływania grupowe |  |
| 1. | Wyjazd integracyjno-edukacyjny dla rodzin uczestników | Podjęcie w formie spotkań/wykładów/warsztatów psychoedukacyjnych tematyki istoty niepełnosprawności, możliwości wsparcia instytucjonalnego, fundacji, organizacji pozarządowych(psychoedukacja, wsparcie informacyjne).  Trening relaksacyjny, omówienie możliwych, dostępnych sposobów radzenia sobie ze stresem (warsztaty radzenia sobie ze stresem, trening umiejętności komunikacyjnych)  Integracja rodzin poprzez aktywizację sportową, gry zespołowe/terenowe, konkursy, zabawy. |  |
| 2. | Psychoedukacja pracodawców aktualnych i przyszłych | Psychoedukacja dla pracodawców umożliwia w sposób bardzo przystępny poznania przez nich podstawowych praw i zasad właściwego zachowania w kontakcie z pracownikiem z niepełnosprawnością.  Uwrażliwia na specyficzne potrzeby czy pewne niezręczności jakie mogą być popełnione kiedy brak savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością |  |

## II.4.2. Karta Usługi Doradczej Psychologicznej

|  |
| --- |
| **KARTA USŁUGI DORADCZEJ PSYCHOLOGICZNEJ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Ucetnika** |  |
| **Numer uczestnika w ORK** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje o odbytych spotkaniach** | | | | |
| **Termin spotkania:**  *(Data: dd-mm-rrrr/ Czas: od-do godziny)* | Data:……………/……….…………/201……………..……  Czas: od……..……..…………do……………..…………… | **Liczba godzin:** | ………… | |
| **Tematyka spotkania:** |  | | | |
| **Podpis Uczestnika:** |  | | | |
| **Termin spotkania:**  *(Data: dd-mm-rrrr/ Czas: od-do godziny)* | Data:……………/……….…………/201……………..……  Czas: od……..……..…………do……………..…………… | **Liczba godzin:** | ………… | |
| **Tematyka spotkania:** |  | | | |

## II.4.3. Karta realizacji psychologicznej usługi grupowej

|  |  |
| --- | --- |
| **DOKUMENTACJA USŁUGI GRUPOWEJ** | |
| **Numer projektu:** |  |
| **Tytuł projektu:** |  |
| **Nr umowy, nawa i adres ORK:** |  |
| **Tytuł usługi grupowej:** |  |
| **Cel usługi grupowej**: |  |

**Program i harmonogram warsztatów/doradztwa grupowego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data, godzina spotkania**  **od-do** | **Zakres tematyczny** | **Używane materiały i pomoce** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Lista obecności podczas doradztwa grupowego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Podpis** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |

Czytelnypodpis doradcy/osoby prowadzący

### II.5. Moduł medyczny

## II.5.1. Karta realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych

|  |
| --- |
| **KARTA REALIZACJI ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH**  **(Kartę należy obowiązkowo zwrócić po zakończeniu programu rehabilitacji)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer uczestnika w ORK** |  |
| Data rozpoczęcia rehabilitacji |  |
| Planowana data zakończenia rehabilitacji |  |
| Rozpoznanie |  |
| Stan funkcjonalny |  |
| Cele IPR |  |
| Lekarz prowadzący |  |
| Fizjoterapeuta |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | rodzaj zabiegu i okolica, na którą zabieg ma być zastosowany | liczba i częstotliwość zabiegów | godzina zabiegu | sala / gabinet | data | data | data | data | data | data | data | data | data |
|  | **KINEZYTERAPIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **FIZYKOTERAPIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **MASAŻ LECZNICZY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PODPIS UCZESTNIKA POTWIERDZAJĄCY WYKONANIE ZABIEGU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## II.5.2. Karta realizacji terapii zajęciowej

|  |
| --- |
| **KARTA REALIZACJI TERAPII ZAJĘCIOWEJ**  **(Kartę należy obowiązkowo zwrócić po zakończeniu programu rehabilitacji)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer uczestnika w ORK** |  |
| Data rozpoczęcia rehabilitacji |  |
| Planowana data zakończenia rehabilitacji |  |
| Rozpoznanie |  |
| Stan funkcjonalny |  |
| Cele IPR |  |
| Lekarz prowadzący |  |
| Terapeuta zajęciowy |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | rodzaj terapii zajęciowej | liczba i  częstotliwość terapii | godzina terapii | sala / gabinet | data | data | data | data | data | data | data | data | data |
|  | **TERAPIA INDYWIDUALNA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TERAPIA GRUPOWA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **INNE RODZAJE TERAPII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PODPIS KLIENTA POTWIERDZAJĄCY WYKONANIE TERAPII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## II.5.3. Karta realizacji terapii logopedycznej

|  |
| --- |
| **KARTA REALIZACJI TERAPII LOGOPEDYCZNEJ**  **(Kartę należy obowiązkowo zwrócić po zakończeniu programu rehabilitacji)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika** |  |
| **Numer uczestnika w ORK** |  |
| Data rozpoczęcia rehabilitacji |  |
| Planowana data zakończenia rehabilitacji |  |
| Rozpoznanie |  |
| Stan funkcjonalny |  |
| Cele IPR |  |
| Lekarz prowadzący |  |
| Logopeda |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | rodzaj terapii logopedycznej | liczba i  częstotliwość terapii | godzina  terapii | sala / gabinet | data | data | data | data | data | data | data | data | data |
|  | **TERAPIA INDYWIDUALNA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **INNE RODZAJE TERAPII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PODPIS UCZESTNIKA POTWIERDZAJĄCY WYKONANIE TERAPII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## II.5.4. Karta realizacji Edukacji zdrowotnej

|  |
| --- |
| **KARTA REALIZACJI EDUKACJI ZDROWOTNEJ**  **(Kartę należy obowiązkowo zwrócić po zakończeniu programu rehabilitacji)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** |  |
| **Data oceny** |  |
| **Osoba wypełniająca kartę** |  |
| **Imię i nazwisko Ucetnika** |  |
| **Numer uczestnika w ORK** |  |
| Data rozpoczęcia rehabilitacji |  |
| Planowana data zakończenia rehabilitacji |  |
| Rozpoznanie |  |
| Stan funkcjonalny |  |
| Cele IPR |  |
| Lekarz prowadzący |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | tematy edukacji zdrowotnej | osoba prowadząca wykłady | godzina wykładu | sala / gabinet | data | data | data | data | data | data | data | data | data |
| **1** | **INSTRUKTAŻ W ZAKRESIE ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **INSTRUKTAŻ W ZAKRESIE ERGONOMII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **INSTRUKTAŻ ĆWICZEŃ DO WYKONYWANIA W DOMU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **ZASADY ZDROWEGO ŻYWIENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **INNE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PODPIS UCZESTNIKA POTWIERDZAJĄCY PRZEPROWADZENIE WYKŁADU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 

# WARUNKI PROWADZENIA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

## III.1. Regulamin rozliczenia kosztów dojazdu dla uczestników projektu

Regulamin rozliczenia kosztów dojazdu dla uczestników projektu pn. *Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy,* skierowanych do ośrodków rehabilitacji kompleksowej

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin określa warunki zwrotu kosztów dojazdu uczestników projektu pn.„***WYPRACOWANIE I PILOTAŻOWE WDROŻENIE MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI UMOŻLIWIAJĄCEJ PODJĘCIE LUB POWRÓT DO PRACY*”** (zwanym dalej Projekt) skierowanych do Ośrodków Kompleksowej Rehabilitacji (ORK).
2. Refundacja kosztów dojazdu jest możliwa wyłącznie w przypadku Uczestnika, który zadeklarował swój udział w Projekcie, jako Uczestnik Projektu i zgłosił się do ORK w wyznaczonym terminie.
3. Zwrot kosztów dojazdu przysługuje Uczestnikowi Projektu, który uczestniczy w zajęciach w ramach programu kompleksowej rehabilitacji i złoży kompletny wniosek o zwrot kosztów dojazdu.
4. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 w ramach II osi priorytetowej Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, działanie 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych.
5. Projekt realizowany jest w okresie od 01.01.2018 r. do 31.12.2023 r.

§ 2 Zasady zwrotu kosztów dojazdu

1. Zwrot kosztów dojazdu przysługuje Uczestnikom projektu skierowanym do ORK i realizujących kompleksową rehabilitację. Refundacji podlegają̨ koszty:

* przejazdów transportem publicznym- udokumentowane biletami przejazdu publicznymi środkami transportu (pociąg PKP II klasa, autobus PKS, komunikacja prywatna, komunikacja miejska i podmiejska, w tym imienne bilety długookresowe m.in. tygodniowe, miesięczne rozliczane odpowiednio w miesiącach, w których odbywają się zajęcia w ramach programu kompleksowej rehabilitacji)
* przejazdu własnym środkiem transportu.

1. Refundacja kosztu przejazdów publicznymi środkami transportu dokonywana jest zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danej trasie (na poziomie najniższej ceny biletu komunikacji publicznej na danej trasie uwzględniając częstotliwość kursowania komunikacji publicznej na danej trasie) lub samochodem prywatnym w przypadku braku możliwości przejazdu transportem publicznym, do wysokości kosztów dojazdu środkami komunikacji publicznej, zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.
2. Zwrot kosztów dojazdu z miejsca zamieszkania do ORK przysługuje Uczestnikowi projektu w dniu rozpoczęcia kompleksowej rehabilitacji w ORK.
3. Zwrot kosztów dojazdu z ORK do miejsca zamieszkania przysługuje Uczestnikowi projektu po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji w ORK.
4. Zwrot kosztów dojazdu z ORK do miejsca zamieszkania i powrotu do ORK przysługuje Uczestnikowi projektu, który dojeżdża do ORK na zajęcia lub dojeżdża z ORK na zajęcia.
5. Zwrot kosztów dojazdu dokonywany jest po udokumentowaniu wydatków poniesionych za przejazdy: z miejsca zamieszkania do ORK oraz powrotu z ORK do miejsca zamieszkania lub na zajęcia z ORK i powrotu do ORK z zajęć, na podstawie przedłożonych oryginałów biletów transportu publicznego. Wysokość refundacji miesięcznego kosztu dojazdu dla 1 Uczestnika Projektu wynosi do 250,00 zł brutto.
6. W przypadku zakupienia biletów długoterminowych m.in. tygodniowych, miesięcznych termin ważności biletu musi odpowiadać terminowi trwania wsparcia. W przypadku nieobecności uczestnika na zajęciach koszt biletu okresowego będzie kwalifikowany proporcjonalnie w stosunku do faktycznej ilości dojazdów uczestnika na miejsce realizacji formy wsparcia w okresie, którego dotyczy bilet.
7. Jeżeli na bilecie nie ma wskazanej trasy przejazdu, wówczas należy przedłożyć oświadczenie przewoźnika o cenie biletu i trasie przejazdu.
8. Podstawą rozliczenia i zwrotu kosztów dojazdu jest złożenie *Wniosku o zwrot kosztów dojazdu*, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu wraz z załącznikami, czyli:
   1. w przypadku rozliczania dojazdu środkiem komunikacji publicznej:

* wypełniony i podpisany *Wniosek o zwrot kosztów dojazdu*,
* oryginały biletów, dokumentujących poniesione koszty podróży.Bilety muszą być niezniszczone   
  i czytelne.
  1. w przypadku rozliczania dojazdu samochodem prywatnym:
* wypełniony i podpisany *Wniosek o zwrot kosztów dojazdu*,
* oświadczenie przewoźnika o cenie biletu na danej trasie przejazdu lub inny dokument potwierdzający koszt podróży transportem publicznym na wskazanej trasie,
* oświadczenie o dojeździe samochodem prywatnym własnym lub użyczonym,
* upoważnienie do korzystania z samochodu (w przypadku dojazdu samochodem użyczonym).

1. Wnioski o zwrot kosztów dojazdu wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w formie papierowej w ORK.
2. Wypłata dokonywana będzie przelewem, jednorazowo, w terminie 14 dni od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionego wniosku o zwrot kosztów dojazdu z kompletem wymaganych oryginałów dokumentów potwierdzających odbytą podróż.

§ 3 Postanowienia końcowe

1. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
2. Regulamin jest dostępny na stronie www. Projektu oraz w Ośrodkach Kompleksowej Rehabilitacji.

**Załącznik do regulaminu. Wniosek o zwrot kosztów dojazdu**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU**

nr………………………………………

Proszę o zwrot kosztów dojazduw ramach projektu „***WYPRACOWANIE I PILOTAŻOWE WDROŻENIE MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI UMOŻLIWIAJĄCEJ PODJĘCIE LUB POWRÓT DO PRACY*”**.

1. **Dane Uczestnika:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Imię i nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| 1.2 | Adres zamieszkania |  | | | | | | | | | | |
| 1.3 | Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | |
| 1.4 | Adres e-mail |  | | | | | | | | | | |
| 1.5 | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Zwrot kosztów dotyczy przejazdu na trasie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 | **Podróż „TAM”:** | |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres ORK |  |
| 2.2 | **Podróż „POWRÓT”** | |
| Adres ORK |  |
| Adres zamieszkania |  |

1. **Środek transportu:**

|  |  |
| --- | --- |
| ⎕ transport publiczny –PKS, PKP, komunikacja miejska, podmiejska itp. | ⎕ samochód prywatny |

1. **D. Dane do przelewu:**
   1. Numer rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 | | Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

1. **KALKULACJA KOSZTÓW PODRÓŻY TRANSPORTEM PUBLICZNYM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Środek transportu – PKS, PKP- II klasa, komunikacja miejska itp. | Koszt biletu | Koszt biletu do rozliczenia w ramach Wniosku PKS, PKP- II klasa, komunikacja miejska itp. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Łączny koszt podróży | | | |  |

Do powyższej kalkulacji załączam oryginały biletu/-ów w liczbie: ………….., dokumentujących poniesione koszty podróży. Oświadczam, że koszt transportem publicznym, wynikający z powyższej kalkulacji i załączonych dokumentów wynosi : ……………………………………. zł brutto, słownie………………………………………………………………………

1. **KALKULACJA KOSZTÓW PODRÓŻY SAMOCHODEM PRYWATNYM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Środek transportu publicznego na podstawie, którego oszacowano koszt podróży - PKS, PKP-II klasa, komunikacja miejska itp. | Koszt biletu na podstawie oświadczenia przewoźnika/ów/inny dokument | Koszt biletu do rozliczenia w ramach Wniosku PKS, PKP- II klasa, komunikacja miejska itp. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Łączny koszt podróży | | | |  |

Do powyższej kalkulacji załączam:

* oświadczenie przewoźnika o cenie biletu/inny dokument potwierdzający koszt przejazdu,
* oświadczenie o dojeździe samochodem prywatnym własnym lub użyczonym,
* upoważnienie do korzystania z samochodu (w przypadku dojazdu samochodem użyczonym).

Oświadczam, że łączny koszt przejazdu samochodem prywatnym, oszacowany na podstawie powyższej kalkulacji i załączonych dokumentów wynosi :……………………………………..zł brutto,

słownie: ………………………………………………………………………..………………………………………………………………….

1. **Oświadczam, że wszystkie załączone do *Wniosku o zwrot kosztów dojazdu* kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałem.**
2. **Ja, niżej podpisany(a), jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 Kodeksu karnego.**

…………………………………………………………………………………….

(data i czytelny podpis Uczestnika projektu)

**OŚWIADCZENIE\***

Oświadczam iż trasę ……………………………………………………………………………………………………..

(tam i z powrotem, łącznie ……....km), w dniach …………………………………………., odbyłem/am samochodem prywatnym o nr rejestracyjnym …………………………………………,

należącym do (imię i nazwisko właściciela samochodu)…………………………………………………………..……………………………

Proszę o zwrot kosztów dojazdu samochodem prywatnym równoważny kosztom dojazdu transportem publicznym na danej trasie, zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

…………………………………………………………………………

Data i czytelny podpis Uczestnika projektu

**UPOWAŻNIENIE\***

Ja niżej podpisana/y upoważniam ……………………………………………………………………………………..[imię i nazwisko Uczestnika] do przejazdu samochodem o nr rejestracyjnym……………………………………………, stanowiącym moją własność, na powyższej trasie (tam i z powrotem) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na potrzeby realizacji projektu „***WYPRACOWANIE I PILOTAŻOWE WDROŻENIE MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI UMOŻLIWIAJĄCEJ PODJĘCIE LUB POWRÓT DO PRACY*”**.

………………………………………………………………………

Data i czytelny podpis osoby upoważniającej

*\*Wypełnić, jeżeli dotyczy.*

**Wniosek o zwrot kosztów dojazdu należy dostarczyć do Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji.**

Refundacja kosztów dojazdu dokonywana będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionego wniosku o zwrot kosztów dojazdu z kompletem wymaganych oryginałów dokumentów potwierdzających odbytą podróż. Dokumenty, które będą niekompletne mogą nie być brane pod uwagę przy wypłacaniu refundacji.

|  |
| --- |
| **Rozliczenie kosztów dojazdu (wypełnia ORK)** |
| Podpisy na liście obecności ⎕tak ⎕ nie |
| Dodatkowe informacje (jeśli dotyczy) |
| Rozliczenie kosztów dojazdu na podstawie przedstawionych dokumentów wynosi:  ………………………………………  słownie: …………………………………………………………………………………………………………. |
| Miejscowość i data:……………………………………… *…………………………………………………………*  Czytelny podpis osoby rozliczającej - ORK |

## III.2. Monitoring

### III.2.1. Formularz sprawozdawczy z rekrutacji uczestników

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instytucja rekrutująca | Liczba skierowanych uczestników | Liczba zakwalifikowanych uczestników |
| PFRON |  |  |
| ZUS |  |  |
| KRUS |  |  |
| MSWiA |  |  |
| MON |  |  |
| Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności |  |  |

### III.2.2. Formularz sprawozdawczy z działalności ośrodka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Część 1. Podstawowe dane o Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej** | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nazwa ORK** | |  |  |
|  | **Nr umowy** | |  |  |
|  |  | | |  |
|  | **Dane o liderze** | |  |  |
|  | **Nazwa podmiotu** | |  |  |
|  | **REGON** | |  |  |
|  | **NIP** | |  |  |
|  | **nr makroregionu** | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Partnerstwo** | |  |  |
|  | **Liczba partnerów** | |  |  |
|  | **Dane o partnerze 1.:** | |  |  |
|  | Nazwa podmiotu | |  |  |
|  | REGON | |  |  |
|  | NIP | |  |  |
|  | **Dane o partnerze 2.:** | |  |  |
|  | Nazwa podmiotu | |  |  |
|  | REGON | |  |  |
|  | NIP | |  |  |
|  | **Dane o partnerze 3.:** | |  |  |
|  | Nazwa podmiotu | |  |  |
|  | REGON | |  |  |
|  | NIP | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Osoba do kontaktu (odpowiedzialna za zbieranie danych)** | | |  |
|  | Imię i nazwisko | |  |  |
|  | funkcja | |  |  |
|  | numer telefonu | |  |  |
|  | email | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Część 2. Zbiorcze informacje** | | | | **Plan** | | **Okres sprawozdawczy** | | **Narastająco** | |  | |
|  | **Liczba uczestników ogółem, w tym:** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | tryb: stacjonarny | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | tryb: niestacjonarny | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | płeć: kobiety | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | płeć: mężczyźni | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: niepełne podstawowe (ISCED 0) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: podstawowe (ISCED 1) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: gimnazjalne (ISCED 2) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: zasadnicze zawodowe (ISCED 3) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: średnie zawodowe (ISCED 3) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: licealne (ISCED 3) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie: pomaturalne (ISCED 4) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie:wyższe zawodowe (ISCED 5-6) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie:wyższe magisterskie (ISCED 7) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wykształcenie:wyższy stopień lub tytuł naukowy (ISCED 8) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wiek: do 25 lat | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wiek: 26-35 lat | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wiek: 36-45 lat | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wiek: 46-55 lat | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | wiek: 56 lat i powyżej | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | zakwalifikowany w związku z chorobą zawodową | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | zakwalifikowany w związku z wypadkiem przy pracy | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | zakwalifikowany z powodu ogólnego stanu zdrowia | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | instytucja kierująca: ZUS | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | instytucja kierująca: KRUS | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | instytucja kierująca: MSWiA i MON | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | instytucja kierująca: zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | korzystających ze świadczeń dodatkowych (np. opieki nad dziećmi) | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Liczba opracowanych IPR** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Liczba realizowanych IPR** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Liczba zakończonych IPR** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Liczba uczestników, którzy zrezygnowali** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Liczba uczestników, którzy zostali usunięci z listy uczestników** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Powody rezygnacji uczestników *(zbiorczo - jeśli dotyczy)*** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Średni czas pobytu uczestników w ORK w dniach, w tym:** | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | pobyt stacjonarny | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | pobyt niestacjonarny | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  | **Część 3. Wykaz kadry** | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | **Plan** | | **Okres sprawozdawczy** | | **Narastająco** | |  | |
|  | **Kadra ogółem (osoby)** | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **Kadra ogółem (w przeliczeniu na EPC)** | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **1. Zarządzanie procesem rehabilitacji** | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy specjalisty ds. obsługi pilotażu i monitorowania postępu uczestników (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy specjalisty ds. obsługi pilotażu i monitorowania postępu uczestników (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy personelu wspomagającego, nieprzypisanego do poszczególnych rodzajów rehabilitacji (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czasu pracy personelu wspomagającego, nieprzypisanego do poszczególnych rodzajów rehabilitacji (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **2. Moduł zawodowy** | | | | | | | | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy doradców zawodowych (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy doradców zawodowych (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy pośredników pracy (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy pośredników pracy (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy pozostałego personelu (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy pozostałego personelu (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **3. Moduł psychospołeczny** | | | | | | | | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy zatrudnionych psychologów (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy zatrudnionych psychologów (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy pozostałego zatrudnionego personelu (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy pozostałego zatrudnionego personelu (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | **4. Moduł medyczny** | | | | | | | | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy lekarzy (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy lekarzy (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy fizjoterapeutów (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy fizjoterapeutów (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Łączny wymiar przepracowanego czasu pracy pozostałego personelu (w EPC) | | |  | |  | |  | |  | |
|  | Średni czas pracy pozostałego personelu (w EPC) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | |  |  |
|  | **Część 4. Moduł zawodowy** | | **Plan** | | **Okres sprawozdawczy** | | | | **Narastająco** | | | | | |  |
|  |  |  | **Rozpoczęli** | | **Kontynuują** | **Zakończyli** | **Rozpoczęli** | | **Kontynuują** | | | **Zakończyli** |  |
|  | **1. Działania aktywizujące** | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Liczba osób, którym udzielono doradztwa zawodowego (osoby niepowtarzające się) | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | Liczba uczestników szkoleń wyrównujących deficyty (osoby niepowtarzające się) | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | Liczba uczestników szkoleń ICT | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | **2. Przekwalifikowanie zawodowe** | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Liczba uczestników szkoleń w ORK (osoby niepowtarzające się) | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | Liczba uczestników szkoleń poza ORK (osoby niepowtarzające się) | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | Liczba osób, które zakończyły przekwalifikowanie się z pozytywnym wynikiem (tj. zdały egzamin) | |  | *nie dotyczy* | | *nie dotyczy* | |  | |  | |  |  | |  |
|  | Liczba osób, które zakończyły przekwalifikowanie się z negatywnym wynikiem (tj. nie zdały egzaminu) | |  | *nie dotyczy* | | *nie dotyczy* | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Część 4. Moduł zawodowy** | |  |  |  |  |
|  |  |  | **Plan** | **Okres sprawozdawczy** | **Narastająco** |  |
|  | **1. Działania aktywizujące** | | | | |  |
|  | Liczba godzin doradztwa zawodowego | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin doradztwa zawodowego w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  | Liczba zrealizowanych szkoleń wyrównujących deficyty | |  |  |  |  |
|  | Liczba godzin zrealizowanych szkoleń wyrównujących deficyty | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych szkoleń wyrównujących deficyty w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  | Liczba zrealizowanych szkoleń w ORK | |  |  |  |  |
|  | Liczba godzin zrealizowanych szkoleń ICT | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych szkoleń ICT w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  | **2. Przekwalifikowanie zawodowe** | | | | |  |
|  | Liczba zrealizowanych szkoleń w ORK | |  |  |  |  |
|  | Liczba godzin zrealizowanych szkoleń w ORK | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych szkoleń w ORK w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  | Liczba zrealizowanych szkoleń poza ORK | |  |  |  |  |
|  | Liczba godzin zrealizowanych szkoleń poza ORK | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba zrealizowanych szkoleń poza ORK w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  | **3. Pośrednictwo pracy** | | | | |  |
|  | Liczba pracodawców, z którymi nawiązano kontakt | |  |  |  |  |
|  | Liczba pozyskanych ofert pracy | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba pozyskanych ofert pracy w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | **Część 5. Moduł psychospołeczny** | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | **Plan** | **Okres sprawozdawczy** | | | | | **Narastająco** | | | | |  | |
|  |  | |  | | **Rozpoczęli** | | **Kontynuują** | **Zakończyli** | | **Rozpoczęli** | **Kontynuują** | | **Zakończyli** | |  | |
|  | **1. Oddziaływanie skierowane do uczestników** | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w zajęciach w module psychospołecznym w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w zajęciach w module psychospołecznym w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | **2. Oddziaływanie skierowane do personelu** | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w działaniach w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w działaniach w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | **3. Oddziaływanie skierowane do środowiska** | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w działaniach w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w działaniach w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | **4. Konsultacje specjalistyczne** | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | Liczba osób biorących udział w konsultacjach zewnętrznych | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | **Część 5. Moduł psychospołeczny** | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | | **Plan** | | | **Okres sprawozdawczy** | | | **Narastająco** | |  | |
|  | **1. Oddziaływanie skierowane do uczestników** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Liczba godzin zajęć w module psychospołecznym w kontakcie indywidualnym | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin zajęć w module psychospołecznym w kontakcie indywidualnym w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Liczba godzin zajęć rehabilitacji w module psychospołecznym w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin zajęć w module psychospołecznym w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzjące się) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | **2. Oddziaływanie skierowane do personelu** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Liczba godzin działań w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin działań w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Liczba godzin działań w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin działań w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | **3. Oddziaływanie skierowane do środowiska** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Liczba godzin działań w module psychospołecznym w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin działań w module psychospołecznym w kontakcie indywidualnym (osoby niepowtarzające się) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Liczba godzin działań w module psychospołecznym w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin działań w module psychospołecznym w kontakcie grupowym (osoby niepowtarzające się) w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | **4. Konsultacje specjalistyczne** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Liczba godzin zrealizowanych konsultacji zewnętrznych w module psychospołecznym | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych konsultacji zewnętrznych w module psychospołecznym w przeliczeniu na 1 uczestnika | | | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Część 6. Moduł medyczny** | | **Plan** | **Okres sprawozdawczy** | | | **Narastająco** | | |  |
|  |  |  | **Rozpoczęli** | **Kontynuują** | **Zakończyli** | **Rozpoczęli** | **Kontynuują** | **Zakończyli** |  |
|  | **1. Procedury medyczne:** | | | | | | | | |  |
|  | Liczba osób uczestniczących w procedurze: kinezyterapia | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Liczba osób uczestniczących w procedurze: fizykoterapia | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Liczba osób uczestniczących w procedurze: masaż leczniczy | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Liczba osób uczestniczących w procedurze: terapia zajęciowa | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Liczba osób uczestniczących w procedurze: terapia logopedyczna | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Liczba osób uczestniczących w procedurze: pozostałe (łącznie) | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2. Działania edukacyjne** | | | | | | | | |  |
|  | Liczba osób, którym udzielono instruktażu (prozdrowotny, w zakresie ergonomii, ćwiczeń do wykonania w domu) | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Liczba osób biorących udział w pozostałych działaniach (łącznie) | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Część 6. Moduł medyczny** | |  |  |  |  |
|  |  |  | **Plan** | **Okres sprawozdawczy** | **Narastająco** |  |
|  | **1. Procedury medyczne** | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba zrealizowanych procedur: kinezyterapia | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba godzin zrealizowanych procedur: kinezyterapia | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych procedur w przeliczeniu na 1 uczestnika: kinezyterapia | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba zrealizowanych procedur: fizykoterapia | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba godzin zrealizowanych procedur: fizykoterapia | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych procedur w przeliczeniu na 1 uczestnika: fizykoterapia | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba zrealizowanych procedur: masaż leczniczy | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba godzin zrealizowanych procedur: masaż leczniczy | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych procedur w przeliczeniu na 1 uczestnika: masaż leczniczy | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba zrealizowanych procedur: terapia zajęciowa | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba godzin zrealizowanych procedur: terapia zajęciowa | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych procedur w przeliczeniu na 1 uczestnika: terapia zajęciowa | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba zrealizowanych procedur: terapia logopedyczna | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba godzin zrealizowanych procedur: terapia logopedyczna | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych procedur w przeliczeniu na 1 uczestnika: terapia logopedyczna | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba zrealizowanych procedur: inne (łącznie) | |  |  |  |  |
|  | Łączna liczba godzin zrealizowanych procedur: inne (łącznie) | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba godzin zrealizowanych procedur w przeliczeniu na 1 uczestnika: inne (łącznie) | |  |  |  |  |
|  | **2. Działania edukacyjne** | | | | |  |
|  | Liczba zrealizowanych instruktaży (prozdrowotnych, w zakresie ergonomii, ćwiczeń do wykonania w domu) | |  |  |  |  |
|  | Liczba godzin zrealizowanych instruktaży (prozdrowotnych, w zakresie ergonomii, ćwiczeń do wykonania w domu) | |  |  |  |  |
|  | Średnia liczba zrealizowanych instruktaży (prozdrowotnych, w zakresie ergonomii, ćwiczeń do wykonania w domu) w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  | Liczba przekazanych pakietów materiałów edukacyjnych | |  |  |  |  |
|  | Liczba pozostałych działań (łącznie) | |  |  |  |  |
|  | Liczba zrealizowanych godzin pozostałych działań (łącznie) | |  |  |  |  |
|  | Średnia zrealizowanych liczba godzin pozostałych działań (łącznie) w przeliczeniu na 1 uczestnika | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

### III.2.3. Karta wizyty monitorującej przedstawicieli PFRON

**Wizyty monitorujące w ORK**

Wizyty monitorujące stanowią część systemu monitorowania ORK. Celem monitorowania jest m.in. analiza kierunku, w którym zmierza projekt po to, by w razie ujawnionych problemów proponować działania naprawcze.

* W każdej wizycie muszą brać udział minimum dwie osoby.
* Osoby wizytujące muszą posiadać imienne upoważnienie kierownictwa projektu do odbycia wizyty.
* Czas trwania wizyty to min. 2 dni.

Etap 1: Aranżacja wizyty

Termin wizyty musi zostać uzgodniony z kierownictwem ORK z wyprzedzeniem min. tygodniowym. Należy uprzedzić o zamiarze rozmowy z kierownictwem ORK i z pracownikami – po minimum jednym pracowniku z każdego rodzaju rehabilitacji, a także z kilkoma uczestnikami (3-5 osób). Należy dokonać uzgodnień dotyczących zapewnienia odpowiednich warunków do rozmów - udostępnienia na czas wizyty wydzielonego pomieszczenia.

Nie zakładamy analizowania dokumentacji przez zespół monitorujący – to jest zadaniem kontroli.

Etap 2: Realizacja wizyty

* rozmowa z kierownictwem,
* rozmowy z pracownikami (optymalnie min. jednym z każdego rodzaju rehabilitacji),
* rozmowy z uczestnikami (bez udziału personelu ORK!),
* wizytacja ORK,
* sporządzenie dokumentacji zdjęciowej.

Uwaga: osoby dokonujące wizyty powinny uzgodnić z personelem wejście na salę/do pomieszczenia, w której odbywają się zajęcia/ wykonywane są świadczenia/zabiegi. Personel powinien przygotować uczestników do wizyty. Obserwacja nie może zakłócać przebiegu zajęć.

Wskazówki do rozmowy znajdują się w załączniku nr 1

Etap 3: Przygotowanie raportu z wizyty

* opracowanie raportu z wizyty zgodnie z załącznikiem 2 w ciągu 7 dni roboczych od zakończenia wizyty; 1 egz. raportu należy odesłać do ORK.

**Załącznik 1. Wskazówki do wywiadów**

(poniższa lista pytań nie stanowi wykazu pytań do odczytania, a jedynie zakres zagadnień do poruszenia w toku rozmów; osoby prowadzące rozmowy mają obowiązek prowadzić notatki, a jeśli rozmówca się zgodzi – nagrywać rozmowy z zagwarantowaniem poufności)

* rozmowa z kierownictwem ORK

Czy realizacja usług w ramach modelu rehabilitacji kompleksowej przez Państwa ośrodek napotyka na jakieś problemy? Jakie to problemy? Proszę je opisać *(ew należy dopytać o możliwe problemy: z uczestnikami, z kadrą, z partnerami/kooperantami, z kierownictwem Projektu; należy dopytać o przykłady tam, gdzie to zasadne)* Jak Państwo sobie z nimi radzicie? Czy te problemy mogą zagrażać realizacji zadań ORK?

Jak oceniacie Państwo zasady finansowania ORK?czy wynikają z nich jakieś problemy dla funkcjonowania ośrodka? Jak Państwo sobie z tymi problemami radzicie?

Jakie są słabe strony pilotażowej koncepcji rehabilitacji? A jakie mocne?

Biorąc pod uwagę, że obecnie trwa pilotaż proponowanych rozwiązań – jakie zmiany wprowadziliby Państwo do tej koncepcji przed jej powszechnym wdrożeniem? A jakie zmiany należałoby wprowadzić przed uruchomieniem kolejnej edycji pilotażu?

* rozmowa z pracownikami ORK

Jak Pan/i ocenia sposób przygotowania i zawartość IPR?

Jak ocenia Pan/Pani realizację swoich zadań w ramach rehabilitacji kompleksowej?

Jak ocenia Pan obowiązujące w projekcie procedury? Czy ich stosowanie powoduje jakieś problemy? Proszę opisać, podać przykłady?

Czy uczestnicy mają prawo i możliwość wpływania na przebieg rehabilitacji, za którą Pan/Pani odpowiada? Czy i jak korzystają z tego prawa? Czy i jakie problemy to powoduje?

Jak Pan/Pani ocenia aktywność uczestników w procesie rehabilitacji (*gotowość do udziału w zabiegach/usługach, punktualność itp.)?*

* rozmowa z uczestnikami

Jak Pan/i ocenia sposób przygotowania i zawartość IPR?

Czy ma Pan/Pani prawo i możliwość wpływaU na przebieg rehabilitacji?

Jak Pan/Pani ocenia intensywność zajęć?

Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani na wzięcie udziału w rehabilitacji kompleksowej? Jakie nadzieje Pan/Pani z tym wiąże?

**Załącznik 2**

**Karta wizyty monitorującej w ośrodku rehabilitacji kompleksowej w ………**

1. **Osoby wizytujące:**

**…………….**

1. **Termin wizyty:**

…………………..

1. **Syntetyczny opis przebiegu wizyty, wykaz rozmówców**

……………………

1. **Ocena ORK wg schematu**

Objaśnienie:

0= stan niesatysfakcjonujący, wymagane są zdecydowane zmiany/działania naprawcze

1= wymagane niewielkie zmiany/działania naprawcze

2= stan satysfakcjonujący

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DOSTĘP i ESTETYKA | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Kryterium | | Pytania | Ocena | | | | | | | Uwagi | |
| 0 | | 1 | | 2 | | |
| 1.1 | | Wizualizacja i estetyka  ORK | | Oznakowanie budynku ORK (widoczność szyldów, stan techniczny szyldów, oznakowanie drogi do wejścia) |  | |  | |  | | |  | |
| 1.2 | | Ogólny wygląd ORK (poziom estetyki- czystość pokoi, korytarzy, stan techniczny budynku (ściany, podłogi), stan wyposażenia (drzwi, okna, oświetlenie) |  | |  | |  | | |  | |
| 1.3 | | Oznakowanie poszczególnych pomieszczeń w budynku ORK (np. tabliczki z logo lub nazwą instytucji, nazwami komórek organizacyjnych) |  | |  | |  | | |  | |
| 2.1 | | Dostępność ORK dla osób z niepełnosprawnościami | | Czy wejście do budynku dostosowane jest dla osób z niepełnosprawnościami (podjazdy)? |  | |  | |  | | |  | |
| 2.2 | | Czy w budynku osoba z niepełnosprawnościami ma dostęp do wszystkich pomieszczeń (podjazdy, winda)? |  | |  | |  | | |  | |
| 2.3 | | Czy dostępne jest przed budynkiem miejsce do parkowania dla osób z niepełnosprawnościami? |  | |  | |  | | |  | |
| 2.4 | | Czy pokoje hotelowe są dostosowane do potrzeb osób z niepełno sprawnościami (w wymaganej liczbie oraz biorąc pod uwagę różne potrzeby)? |  | |  | |  | | |  | |
| 2.5 | | Czy sanitariaty są dostępne dla osób z niepełnosprawnościami (w miejscach ogólnodostępnych) |  | |  | |  | | |  | |
| 3.1 | | Warunki bytowe | | Łatwość dojazdu do ORK środkami komunikacji publicznej |  | |  | |  | | |  | |
| 3.2 | | Czy pokoje hotelowe są estetyczne i czyste? |  | |  | |  | | |  | |
| 3.3 | | Czy uczestnicy mają dostęp do urządzeń kuchennych w celu samodzielnego przygotowania posiłków? |  | |  | |  | | |  | |
| 3.4 | | Czy zapewniono pomieszczenia socjalne do odpoczynku, spotkań z rodziną itp.? |  | |  | |  | | |  | |
| 3.5 | | Czy wyżywienie jest smaczne i estetycznie podane? |  | |  | |  | | |  | |
| 3.6 | | Czy uczestnicy mają dostęp do zadeklarowanych diet? |  | |  | |  | | |  | |
| 2. WARUNKI REHABILITACJI | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Kryterium | | Pytania | | | Ocena | | | | | Uwagi | |
| 0 | | 1 | |  |
| 4.1 | | Moduł zawodowy | | Czy doradca zawodowy ma zapewnione warunki do odbywania z uczestnikami rozmów gwarantujących poufność rozmowy? | | |  | |  | |  |  | |
| 4.2 | | Czy uczestnicy mają swobodny dostęp do ofert pracy, wzorów dokumentów aplikacyjnych itp.? | | |  | |  | |  |  | |
| 4.3 | | Czy sale szkoleniowe są zorganizowane w sposób gwarantujący bezpieczeństwo uczestnikom, dostęp osób z ograniczeniami ruchowymi, ergonomicznie i estetycznie? | | |  | |  | |  |  | |
| 4.4 | | Czy organizacja zajęć umożliwia uczestnikom ćwiczenie kształconych czynności tak długo, jak jest im to potrzebne? | | |  | |  | |  |  | |
| 5.1 | | Moduł psychospołeczny | | Czy psycholog ma zapewnione warunki do odbywania z uczestnikami rozmów gwarantujących poufność rozmowy? | | |  | |  | |  |  | |
| 5.2 | | Czy sale do zajęć grupowych są urządzone w sposób gwarantujący bezpieczeństwo uczestnikom, dostęp osób z ograniczeniami ruchowymi, ergonomicznie i estetycznie? | | |  | |  | |  |  | |
| 5.3 | | Czy organizacja zajęć w ORK umożliwia uczestnikom swobodny dostęp do psychologów „na życzenie” – w razie potrzeby? | | |  | |  | |  |  | |
| 6.1 | | Moduł medyczny | | Czy gabinety i sale do rehabilitacji medycznej są urządzone w sposób gwarantujący bezpieczeństwo uczestnikom, dostęp osób z ograniczeniami ruchowymi, ergonomicznie i estetycznie? | | |  | |  | |  |  | |
|  | | Czy gabinety i sale do rehabilitacji zapewniają komfort uczestników jeśli chodzi o brak dostępu osób postronnych? | | |  | |  | |  |  | |

1. **Ustalenia zespołu monitorującego z wizyty (wynikające z rozmów z kierownictwem, personelem ORK i uczestnikami programu)**

(należy wypisać w punktach)

* 1. Problemy w realizacji zadań ORK *(na jakie problemy w realizacji zadań ORK wskazują rozmówcy)*
  2. Ocena zasad finansowania *(jak kierownictwo ORK ocenia zasady finansowania; czy wynikają z nich jakieś problemy dla funkcjonowania ośrodka)*
  3. Stosowanie procedur *(czy stosowanie procedur obowiązujących w projekcie powoduje jakieś problemy; jak te procedury oceniają pracownicy i uczestnicy)*
  4. Zaangażowanie uczestników programu w procesy rehabilitacji *(czy uczestnicy czują się włączeni w decydowanie o przebiegu rehabilitacji; czy pracownicy akceptują konieczność włączania uczestników; jak pracownicy oceniają aktywność uczestników w procesie rehabilitacji – gotowość do udziału w zabiegach/usługach, punktualność itp.; jak uczestnicy oceniają intensywność zajęć; na jakie problemy z realizacją świadczeń/usług wskazują obie strony*)
  5. Inne spostrzeżenia

Podpisy członków zespołu monitorującego

……………………………………………………………….

………………………………………………………………

# 

## III.2.4. Ankieta satysfakcji uczestników

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA UCZESTNIKÓW**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej** …………………………………………………………………………………………………………

**Termin uczestniczenia w kompleksowej rehabilitacji   
 od** (dzień miesiąc rok)………/……/……. **do** (dzień miesiąc rok)……/………/……..

**Tryb realizacji rehabilitacji kompleksowej (zakreśl właściwą odpowiedź)**

stacjonarny niestacjonarny

**Płeć** **(zakreśl właściwą odpowiedź)** **K M**

**Wiek** **(wpisz w latach)** …………

**Wykształcenie** (**wstaw znak X przy właściwej odpowiedzi)**

Podstawowe [ ] Gimnazjalne [ ]

Zawodowe [ ] Średnie pomaturalne [ ]

Licencjat [ ] Wyższe [ ]

**Nazwa Instytucji kierującej** (**wstaw znak X przy właściwej odpowiedzi):**

ZUS [ ] KRUS [ ] MON [ ]

MSWiA [ ] Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności [ ]

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiedniej kratce.**

* 1. **Ogólna ocena projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** | | | | |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **ocena** | | | | |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Zakres informacji o projekcie udzielonych przez lekarza/ zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Ilość czasu poświęcona na przekazanie przez lekarza/zespół orzekający informacji o projekcie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Sposób udzielenia informacji o projekcie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zakres informacji o projekcie zawartych w przekazanej ulotce | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Ilość czasu przyznana na podjęcie decyzji o uczestniczeniu w kompleksowej rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Sposób udzielenia odpowiedzi przez lekarza/zespół orzekający na zadane przez Pana/Panią pytania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

* 1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **ocena** | | | | |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zaangażowanie lekarza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzana rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zaangażowanie psychologa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Warunki lokalowe (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Warunki lokalowe i wyposażenie sal szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Część hotelowa (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) *– jeżeli dotyczy* | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Warunki i sposób przewożenia (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** | | | | |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Sposób przekazywania informacji i przeprowadzanie oceny | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca z osobami przeprowadzającymi badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | **Ocena** | | | | |
| optymalny | nieco  za długi | umiarkowanie  za długi | zdecydowanie za długi | za krótki |
| 5. | Czas poświęcony na przeprowadzenie badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | **Ocena** | | | | |
| optymalna | nieco  za duża | umiarkowanie  za duża | znacznie za duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** | | | | |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Wyjaśnienie czym jest IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie w IPR Pana/Pani indywidualnych potrzeb i możliwości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Udział Pana/Pani w cyklicznych spotkaniach zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Ilość czasu przeznaczona na poszczególne moduły rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Realizacja programu zgodnie z harmonogramem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Jakość materiałów szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Liczba godzin szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia Panu/Pani podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………….……………………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………….……………………… …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja medyczna, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………….…………………………… …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..…………….. …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………..……………………………………………. …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………………….………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………………………………………..……………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: …………………………………………………………………..……………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia Panu/Pani podjęcia pracy/powrót do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………….…………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja medyczna, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………..………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………….………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………..……………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………….……………………………………………………....... …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | **Ocena** | | | | | Nie dotyczy |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |  |
| 1. | Zwiększenie sprawności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4 | Uzyskanie samodzielności  w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5 | Uzyskanie samodzielności  w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Zwiększenie szans na podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | |  |

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany w zasadach projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**

* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .………………………………………………………………..…………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….……………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:……………………………………………………………..………………….. .………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..…………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ……………………………………………………………………………..…………………………………  
  ……………………..………………………………………………………………………………………………….……………………………………………
* inne……………………………………………………………………………………………………….………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## III.2.5. Ankiety satysfakcji personelu ORK

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA DORADCÓW ZAWODOWYCH**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia  o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi | | | | | | |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Umiejętności innych doradców zawodowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Wiedza innych doradców zawodowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie innych doradców zawodowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Zaangażowanie psychologa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | Ocena | | | | |
| optymalny | nieco  za długi | umiarkowanie  za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Czas trwania przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | ocena | | | | |
| optymalna | nieco  za duża | umiarkowanie  za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnika podczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Jakość materiałów szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pora zajęć – pora dnia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin szkoleniowych - szkolenia zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:………………………………………………….……………………………..

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………….…………………………… …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………….……………………………………… …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….…………

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………………………….……………….. …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………………………….

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………..………………. …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….………………… …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………….………………………………………....... …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………..……………………………………………….. …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………..…………………………………………….

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………….……………………………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………….……………………………………………… ……………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………..
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………….………………………………

…………….…………………………………………………………………….………………….………………………….…………………………………

* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………..………………………………………………………

…………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………….………..……………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………….…………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………..………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | |  |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył

1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* tak
* nie

1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy tematyka spotkań doradczych została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ………………………………………….…………....................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność spotkań doradczych została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:………………………………………………………………………………………………………..……………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w trakcie spotkań wystąpiły jakieś problemy?**

* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do doradcy zawodowego
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby korzystania z pomocy doradcy zawodowego
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**

* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .………………………………………………………………………………….………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:…………………………………………………..…………………………….. …………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ………………………………………………………………………………….……………………………  
  ……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA LEKARZY**  **Ocena oczekiwań i celu rehabilitacji kompleksowej uczestnika projektu** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach)…………

**Specjalizacja** …………………..

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi proszę zaznaczać znakiem X w kratce przy wybranej odpowiedzi (możliwe zaznaczanie kilku pól).**

1. **Kto lub co przekonało najczęściej, wg Pana/Pani, uczestników do udziału w projekcie?**

* samodzielna decyzja uczestnika dotycząca potrzeby powrotu do pracy/wejścia na rynek pracy
* lekarz orzekający/psycholog
* rodzina/bliscy/znajomi
* materiały informacyjne
* obawa przed utratą świadczeń z tytułu niezdolności do pracy
* inne: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że uczestnicy projektu przystępując do niego kierowali się…**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Zdecydowanie się zgadzam | Zgadzam się | Częściowo się zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam |
| 1. | chęcią podjęcia pracy/powrotu do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | chęcią poprawy funkcji ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | chęcią poprawy stanu emocjonalnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | potrzebą odciążenia rodziny od zaangażowania w opiekę | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | możliwością bezpłatnego zdobycia kwalifikacji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | możliwością uzyskania pomocy w zatrudnieniu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | możliwością uzyskania pomocy w rozpoczęciu własnej działalności gospodarczej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | obawą przed utratą świadczeń z tytułu niezdolności do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | inne: ……………………………………………………………………………………………… | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czego spodziewają się, wg Pana/Pani, uczestnicy w związku z udziałem w projekcie?**

* gwarancji otrzymywania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy
* poprawy sprawności funkcjonalnej
* poprawy stanu emocjonalnego
* poprawy umiejętności społecznych
* zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych w celu podjęcia pracy/powrotu na rynek pracy i poprawy sytuacji finansowej
* inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Udział uczestnika w projekcie, wg Pana/Pani:**

* może pomóc uczestnikom projektu w podjęciu pracy/powrocie do pracy
* nie może pomóc uczestnikom projektu w podjęciu pracy/powrocie do pracy
* nie ma żadnego związku z możliwością podjęcia pracy/powrotu do pracy
* inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy, wg Pana/Pani, podnoszenie umiejętności społecznych i zdobycie kwalifikacji zawodowych/ przekwalifikowanie zawodowe, jest dla uczestników projektu ważną kwestią?**

* tak, bo praca jest dla nich bardzo ważna
* tak, bo chcą pomóc rodzinie
* nie, bo nie lubią pracować
* nie, bo preferują otrzymywanie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy
* nie, bo uważają, że i tak nikt go nie zatrudni i nie planują założyć własnej działalności gospodarczej
* inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy, wg Pana/Pani, uczestnicy zdecydowaliby się na udział w rehabilitacji kompleksowej, gdyby była w pełni odpłatna?**

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* raczej nie
* zdecydowanie nie

1. **Czy, wg Pana/Pani, uczestnicy zdecydowaliby się samodzielnie ukończyć jakiś kurs/szkolenie zawodowe, gdyby były w pełni odpłatne?**

* zdecydowanie tak
* raczej tak
* raczej nie
* zdecydowanie nie

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA FIZJOTERAPEUTÓW**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

* 1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi | | | | | | |

* 1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Współpraca z lekarzem | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Umiejętności innych fizjoterapeutów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Wiedza innych fizjoterapeutów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Zaangażowanie innych fizjoterapeutów z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

* 1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | Ocena | | | | |
| optymalny | nieco  za długi | umiarkowanie  za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Czas wykonywania przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | ocena | | | | |
| optymalna | nieco  za duża | umiarkowanie  za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

* 1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnika podczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Wymiar czasowy poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….……………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………..…..
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………….………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….………………

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………..……………………………………….. …………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………….
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………………….…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....………………………………….…….…………….……………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………..………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………….…………………………………………....... …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………..
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:……………………………………………….…………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………..…….…………………………………………..
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………….………………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………..………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ………………………..………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy……………………………………………………….………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………….………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:……………………….……………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Zwiększenie siły mięśniowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie wydolności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Zwiększenie szybkości wykonywania czynności ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Zwiększenie zakresu ruchu w stawach | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie precyzji ruchów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Poprawa koordynacji ruchowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Poprawa równowagi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa szybkości chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Poprawa wzorca chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 14. | Uzyskanie samodzielności  w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 15. | Uzyskanie samodzielności w życiu artystycznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 16. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 17. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 18. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 19. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 20. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 21. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 22. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 23. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | | |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył

1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* tak
* nie

1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności przeprowadzanych oddziaływań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | ocena | | | | |
| Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Zawarcie kontraktu psychologicznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Diagnoza deficytów funkcjonalnych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kwalifikacji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Omówienie znaczenia wyników testów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy zakres fizjoterapii został zaplanowany właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: …………………………………….....................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność zajęć z zakresu fizjoterapii została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:………………………………………………………………………………………………………..……………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

1. **Czy w trakcie prowadzenia fizjoterapii wystąpiły jakieś problemy?**

* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do fizjoterapeuty
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu zajęć
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby prowadzenia fizjoterapii
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**

* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .…………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….….…………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:………………………………………………………………………….………………….……………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: …………………………………………………………………………………………………………………  
  ……………………..……………………………………………………………………………………………………….………………………………………
* inne…………………………………………………………………………………………………………………….…………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA NAUCZYCIELI ZAWODU, TRENERÓW ZAWODOWYCH**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

* 1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobra | dobra | przeciętna | słaba | bardzo słaba |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestników | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zaangażowanie personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie pośredników pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za najbardziej przydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………….………..

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… …………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………..……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………………….…………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………..…………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....…………………………………………………………..………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy…………………………………………………………………..…………………....... …………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………….. …………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ………………………………….…………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za zwykle nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………..…………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:………………………………………………………..……………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………..……….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………..………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………..……………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………….……………………….. …………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
  1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | | |

* 1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się średnio ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
  1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
  1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Czy tematyka zajęć uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: …………………………………….....................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Czy kolejność zajęć uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

* 1. **Czy w trakcie zajęć wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestników do pośrednika pracy
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestników harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestników potrzeby korzystania z pomocy pośrednika pracy
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestników (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestników (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
  1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .…………………………………………….……………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:………………………………………………………….…………………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ………………………………………………………………………………………………………………  
  ……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA POŚREDNIKÓW PRACY**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestników | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie innych pośredników pracy ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | Personel stołówki |  |  |  |  |  |
| 8. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za najbardziej przydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………….………………………..

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:……………………………………….……………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ……………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………….…………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………………..………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………..……………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: …………………………………………………………..……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za zwykle nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)
* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………..……………… ………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………….…………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: ………………………..………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:……………………………….………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy……………………………………………………………………..………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………..……………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………….…………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
  1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | | |

* 1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się średnio ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył
  1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*
* tak
* nie
  1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 1. **Czy tematyka spotkań uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ……………………………………........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

* 1. **Czy kolejność spotkań uczestników z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**
* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Czy w trakcie spotkań wystąpiły jakieś problemy?**
* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestników do pośrednika pracy
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestników harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestników potrzeby korzystania z pomocy pośrednika pracy
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestników (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestników (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………
  1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**
* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .……………………………………………………………………….…………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:………………………………………………………………………..……….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:……………………………………………………………………………………….…………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ……………………………………………………………………………………………….………………  
  ……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA PSYCHOLOGÓW**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikom przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia  o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi | | | | | | |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Umiejętności innych psychologów  z zespołu rehabilitacyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Wiedza innych psychologów z zespołu rehabilitacyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie innych psychologów  z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Personel stołówki |  |  |  |  |  |
| 10. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | Ocena | | | | |
| optymalny | nieco  za długi | umiarkowanie  za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Czas trwania przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | ocena | | | | |
| optymalna | nieco  za duża | umiarkowanie  za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnika podczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Jakość materiałów szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Liczba godzin szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego:…………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………….……………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………….……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………..……………………….…………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………..………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………….…………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………..…………………………………….. …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….…………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………….……………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………..…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Uzyskanie samodzielności  w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Uzyskanie samodzielności  w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Uzyskanie samodzielności w aktywności kulturalnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | |  |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył

1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* tak
* nie

1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności przeprowadzonych oddziaływań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | ocena | | | | |
| Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Zawarcie kontraktu psychologicznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Diagnoza deficytów psychospołecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Omówienie znaczenia wyników testów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy tematyka konsultacji psychologicznych została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ……………………………………………………….……….......................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność konsultacji psychologicznych została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w trakcie konsultacji psychologicznych wystąpiły jakieś problemy?**

* nie było żadnych problemów
* tak, negatywny stereotyp psychologa u uczestników
* tak, realizacja przez uczestników harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestników potrzeby korzystania ze wsparcia psychologa
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestników (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestników (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**

* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .…………………………………………………………………………..………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:…………………………………………………………………………..…….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:……………………………………………………………………………………………….…………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: ……………………………………………………………………………………………..…………………  
  ……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA SPECJALISTÓW ds. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena całego projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia  o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi | | | | | | |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Umiejętności innych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Wiedza innych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie innych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Zaangażowanie psychologa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie terapeuty zajęciowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | Ocena | | | | |
| optymalny | nieco  za długi | umiarkowanie  za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Wymiar czasowy przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | ocena | | | | |
| optymalna | nieco  za duża | umiarkowanie  za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnika podczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Jakość materiałów szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pora zajęć – pora dnia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego:…………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………….……………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………….……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………..……………………….…………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………..………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………….…………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………..…………………………………….. …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….…………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………….……………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………..…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Zwiększenie siły mięśniowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie wydolności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Zwiększenie szybkości wykonywania czynności ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Zwiększenie zakresu ruchu w stawach | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie precyzji ruchów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Poprawa koordynacji ruchowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Poprawa równowagi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa szybkości chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Poprawa wzorca chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 14. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 15. | Uzyskanie samodzielności w aktywności kulturalnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 16. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 17. | zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 18. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 19. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 20. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 21. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 22. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 23. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | | |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył

1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* tak
* nie

1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności podejmowanych działań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Rozmowa wprowadzająca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Analiza potrzeb uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Diagnoza potrzeb szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy tematyka spotkań uczestnika z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ………………………………………….…………………….......................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność spotkań uczestnika z Panem/Panią została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Czy w trakcie spotkań wystąpiły jakieś problemy?**

* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu spotkań
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby korzystania z pomocy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**

* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .……………………………………………………………….…………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:……………………………………………..………………………………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:…………………………………………………………………………………….……………………….

……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: …………………………………………………………………………………….…………………………  
  ……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ OCENY PROJEKTU**  **DLA TERAPEUTÓW ZAJĘCIOWYCH**  **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz efektów rehabilitacji kompleksowej** |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Kwestionariusz jest anonimowy. Uzyskane od Pana/Pani odpowiedzi będą całkowicie poufne i posłużą do przeprowadzenia oceny jakości projektu. Wyniki będą wykorzystywane jedynie w zbiorczych zestawieniach statystycznych.

**Nazwa Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej…….**………………………………………………………………………………….

**Płeć** (zakreśl właściwą odpowiedź) **K M**

**Wiek** (wpisz w latach) …………

**Staż pracy** (wpisz w latach) ……….

**Data wypełniania kwestionariusza** (dzień/miesiąc/rok)……/………/……..

**Odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania, prosimy zaznaczać znakiem X w odpowiednej kratce.**

1. **Ogólna ocena projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przydatność projektu w podjęciu pracy lub powrocie do pracy jego uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Organizacja rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Ocena przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres informacji o projekcie przekazanych uczestnikowi przez lekarza/zespół orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Wiedza uczestników o projekcie w dniu zgłoszenia się do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zasadność wydania orzeczenia  o potrzebie rehabilitacji kompleksowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi | | | | | | |

1. **Ocena funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Przebieg przyjęcia do ORK | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Kompetencje personelu administracyjnego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Współpraca zespołu rehabilitacyjnego (jako całości) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Zaangażowanie lekarza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Zaangażowanie doradcy zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Zaangażowanie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Zaangażowanie psychologa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zaangażowanie fizjoterapeuty | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Umiejętności innych terapeutów zajęciowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Wiedza innych terapeutów zajęciowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Zaangażowanie innych terapeutów zajęciowych z zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Zaangażowanie pośrednika pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe ORK (pomieszczenia rehabilitacyjne i ich wyposażenie, pokój pobytu dziennego, zaplecze sanitarne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Personel stołówki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Wyżywienie  (stołówka, jakość posiłków ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Część hotelowa dla uczestników (pokój, wyposażenie, warunki socjalne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Warunki i sposób przewożenia uczestników (z domu do Ośrodka, do placówek zewnętrznych, itp.) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena diagnozowania kompetencji zawodowych w ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | Ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Zakres przeprowadzonych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Warunki lokalowe (wygoda, wyposażenie pokoi) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Kompetencje osób przeprowadzających badanie (sposób przekazywania informacji, przeprowadzania badania, itp.) osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Współpraca osób przeprowadzających badanie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | Ocena | | | | |
| optymalny | nieco  za długi | umiarkowanie  za długi | znacznie za długi | za krótki |
| 5. | Wymiar czasowy przeprowadzanych badań | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | | ocena | | | | |
| optymalna | nieco  za duża | umiarkowanie  za duża | znacznie z duża | za mała |
| 6. | Liczba osób przeprowadzających badania | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Ocena sposobu opracowywania i realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |
| 1. | Wyjaśnienie pojęcia IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Uwzględnienie podczas opracowywania IPR indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Uwzględnienie obecności uczestnika podczas cyklicznych spotkań zespołu terapeutycznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Określenie celów rehabilitacji kompleksowej dla uczestnika | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Program poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Czas trwania poszczególnych modułów rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Harmonogram realizacji programu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Zakres/dobór treści kursu/szkolenia zawodowego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Jakość materiałów szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Pora zajęć – pora dnia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Liczba godzin szkoleniowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Liczba godzin rehabilitacji | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Warunki lokalowe i wyposażenie (sale szkoleniowe) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Warunki lokalowe i wyposażenie (pomieszczenia rehabilitacyjne) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Uwagi: | | | | | | |

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za przydatne dla umożliwienia uczestnikowi podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najbardziej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………..……………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:…………………………………………….………………………………………………………

……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego:…………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:....……………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………….……………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………………………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:…………………………………………….……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego: ……………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Które formy udziału w projekcie uważa Pan/Pani za nieprzydatne dla umożliwienia uczestnikom podjęcia pracy/powrotu do pracy?** (proszę podać trzy najmniej przydatne)

* konsultacje psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………….………………………………………………………..……………………….…………….

* grupowe zajęcia psychologiczne, proszę podać dlaczego:…………………………………..………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* rehabilitacja ruchowa, proszę podać dlaczego:……………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………
* terapia zajęciowa, proszę podać dlaczego:………………………………….…………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* konsultacje z doradcą zawodowym, proszę podać dlaczego:…………………………………..…………………………………….. …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………
* grupowe zajęcia z zakresu poradnictwa zawodowego, proszę podać dlaczego: …………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* kurs/szkolenie zawodowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….
* szkolenia z zakresu umiejętności społecznych, proszę podać dlaczego:………………………………….……………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….…………………
* szkolenia z zakresu prowadzenia własnej firmy………………………………………………………….……………………………....... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* doradztwo poszkoleniowe, proszę podać dlaczego:………………………………………………..…………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* pośrednictwo pracy, proszę podać dlaczego:…………………………………….………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena efektów rehabilitacji kompleksowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy oceny** | ocena | | | | | Nie mam zdania |
| bardzo dobrze | dobrze | przeciętnie | słabo | bardzo słabo |  |
| 1. | Zwiększenie siły mięśniowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 2. | Zwiększenie wydolności fizycznej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 3. | Zwiększenie szybkości wykonywania czynności ruchowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 4. | Zwiększenie zakresu ruchu w stawach | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 5. | Poprawa sprawności manualnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 6. | Zwiększenie precyzji ruchów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 7. | Poprawa koordynacji ruchowej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 8. | Poprawa równowagi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 9. | Poprawa szybkości chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 10. | Poprawa wzorca chodu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 11. | Poprawa nastroju | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 12. | Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 13. | Uzyskanie samodzielności w rodzinie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 14. | Uzyskanie samodzielności w społeczeństwie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 15. | Uzyskanie samodzielności w aktywności kulturalnej | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 16. | Uzyskanie samodzielności na gruncie zawodowym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 17. | zwiększenie poczucia własnej wartości | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 18. | Zwiększenie stopnia akceptacji niepełnosprawności | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 19. | Zwiększenie motywacji do nauki | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 20. | Zwiększenie motywacji do uczestniczenia w życiu społecznym | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 21. | Poprawa jakości życia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 22. | Nabycie kwalifikacji zawodowych /przekwalifikowanie zawodowe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 23. | Podjęcie pracy/powrót do pracy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| Uwagi | | | | | | |  |

1. **Czy, po zakończeniu pracy z uczestnikami projektu, zauważył/-a Pan/Pani, że w wyniku udziału w projekcie zmienił się ich poziom motywacji do podjęcia pracy/powrotu do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* poziom motywacji wzrósł
* poziom motywacji nie uległ zmianie
* poziom motywacji się zmniejszył

1. **Czy, uważa Pan/Pani, że stan funkcjonalny uczestników projektu w dniu zakończenia rehabilitacji kompleksowej umożliwia im podjęcie pracy/powrót do pracy?** *(chodzi o uogólnioną ocenę, ogólne wrażenie)*

* tak
* nie

1. **W oparciu o Pana/Pani przygotowanie zawodowe i doświadczenie w pracy z uczestnikami projektu, proszę ocenić stopień przydatności przeprowadzanych oddziaływań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | ocena | | | | |
| Bardzo  przydatne | Przydatne | Średnio przydatne | Mało przydatne | Nieprzydatne |
| 1. | Zawarcie kontraktu psychologicznego | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Diagnoza deficytów funkcjonalnych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Ocena kompetencji zawodowych | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Omówienie znaczenia wyników testów | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Opracowanie IPR | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

1. **Czy zakres terapii zajęciowej został zaplanowany właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego: ………………………….………………………….......................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy kolejność zajęć z zakresu terapii zajęciowej została zaplanowana właściwie?**

* tak
* nie, proszę wyjaśnić dlaczego:……………………………………………………………………………….……………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy w trakcie prowadzenia terapii zajęciowej wystąpiły jakieś problemy?**

* nie było żadnych problemów
* tak, negatywne nastawienie uczestnika do terapeuty zajęciowego
* tak, nieprzestrzeganie przez uczestnika harmonogramu zajęć
* tak, brak zrozumienia przez uczestnika potrzeby prowadzenia terapii zajęciowej
* tak, bariery psychologiczne ze strony uczestnika (np. opór przed otwartością, postawa lękowa itp.)
* tak, bariery intelektualne ze strony uczestnika (np. niezrozumienie poleceń/ćwiczeń, spowolniona praca nad zadaniami itp.)
* inne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Jeżeli uważa Pan/Pani, że należy wprowadzić zmiany do projektu, to proszę zaznaczyć obszar i opisać swoje propozycje:**

* Kwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej: .………………………………………………………………………….………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
* Funkcjonowanie Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej:……………………………………………………………………..………….. .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
* Indywidualny Program Rehabilitacji:………………………………………………………………………………………….………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

* Model rehabilitacji kompleksowej: …………………………………………………………………………………………………………………  
  ……………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* inne………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………

1. jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości. [↑](#footnote-ref-1)
2. prosimy o podanie numeru telefonu lub adresu e-mail. [↑](#footnote-ref-2)
3. jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości. [↑](#footnote-ref-3)
4. należy podać numer telefonu lub adres e-mail. [↑](#footnote-ref-4)
5. należy uzupełnić nazwę instytucji, podmiotu, w którym zostało wydane orzeczenie o zakwalifikowaniu do rehabilitacji kompleksowej – odpowiednio: ZUS, KRUS, MON, MSWiA, zespół do spraw orzekania o  niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-5)
6. jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości [↑](#footnote-ref-6)
7. Analiza zawodów deficytowych w poszczególnych makroregionach, dane za rok 2017, MRPiPS 2018. [↑](#footnote-ref-7)
8. Grupy elementarne zawodów zgodnie z Klasyfikacją Zawodów i Specjalności (Dz.U. z 2014 r., poz. 1145, z późn.zm.) [↑](#footnote-ref-8)