

**OCENA STANU ZDROWIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ
wystawiona przez lekarza przewodniczącego składu orzekającego**

pierwszorazowa/kolejna/w związku ze zmianą stanu zdrowia*

Nr sprawy: PZ. 8421.

I. Dane osobowe

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres miejsca zameldowania/pobytu
4. PESEL
5. Rodzaj dokumentu tożsamości¹.....
6. Seria i nr dokumentu tożsamości
7. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego².....
8. PESEL rodzica/opiekuna prawnego
9. Rodzaj dokumentu tożsamości rodzica/opiekuna prawnego ¹
10. Seria i nr dokumentu tożsamości rodzica/opiekuna prawnego
11. Adres miejsca zameldowania/pobytu rodzica/opiekuna prawnego

II. Badanie podmiotowe³

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹ dokument zawierający: w przypadku osób do 18 roku życia co najmniej imię i nazwisko wraz z aktualnym zdjęciem; w przypadku osób powyżej 18 roku życia co najmniej imię i nazwisko, PESEL oraz aktualne zdjęcie

² należy wypełnić w przypadku, gdy osoba orzekana nie ukończyła 18 lat albo jest ubezwłasnowolniona

³ przebieg schorzenia podstawowego, chorób współistniejących, wyniki dotychczasowego leczenia zachowawczego/operacyjnego, ambulatoryjnego/szpitalnego oraz rehabilitacji

*niepotrzebne skreślić

III. Badanie przedmiotowe⁴

Wzrost, waga, RR...../....., mmHg, HR...../'min.

IV. Wyniki badań dodatkowych uzasadniających ustalenia orzecznicze, w tym nie załączone do wniosku/odwołania*

V. Rozpoznanie choroby zasadniczej

VI. Choroby współistniejące

⁴ opis badania ogólnego oraz opis szczegółowy badania przedmiotowego zgodnie z rozpoznaniem choroby zasadniczej, w korelacji z wiekiem pacjenta oraz ze szczególnym uwzględnieniem innych nieprawidłowości stwierdzanych w badaniu

VII. Czy zachodzi konieczność wykonania badań specjalistycznych, dodatkowych konsultacji w celu wydania orzeczenia tak/nie * (wpisać jakie badania - uzasadnić):

.....

.....

.....

VIII. Określenie rodzaju i zakresu ograniczeń spowodowanych naruszoną sprawnością organizmu wynikającą z rozpoznania choroby zasadniczej i chorób współistniejących

.....

.....

.....

.....

IX. Rodzaj i zakres niezbędnej opieki⁵

.....

.....

X. Rodzaj i zakres niezbędnej pomocy⁶

.....

.....

XI. Rokowanie

rokuje poprawę/nie rokuje poprawy*

XII. Nastąpiło pogorszenie/polepszenie* stanu zdrowia w stosunku do stanu zdrowia będącego podstawą wydania poprzedniego orzeczenia/nie dotyczy*

XIII. Proponowane rozstrzygnięcie

☐ **brak stopnia niepełnosprawności**

☐ **lekki stopień niepełnosprawności :**

- ☐ osoba o istotnie obniżonej zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną
- ☐ osoba posiadające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne

☐ **umiarkowany stopień niepełnosprawności:**

- ☐ osoba niezdolna do pracy
- ☐ osoba zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej
- ☐ osoba wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych

⁵ całkowita zależność osoby od otoczenia, polegająca na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ułatwiania kontaktów ze środowiskiem

⁶ zależność osoby od otoczenia, polegająca na udzieleniu wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, współdziałaniu w procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji oraz pełnieniu ról społecznych właściwych dla każdego człowieka, zależnych od wieku, płci, czynników społecznych i kulturowych

*niepotrzebne skreślić

☐ **znaczny stopień niepełnosprawności:**

- ☐ osoba niezdolna do pracy i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji
- ☐ osoba zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji

XIV. Okres na jaki orzeczono stopień niepełnosprawności

do⁷: ☐☐☐☐☐☐☐☐ / na stałe

XV. Symbol przyczyny niepełnosprawności

XVI. Data lub okres powstania niepełnosprawności

XVII. Data lub okres powstania stopnia niepełnosprawności

XVIII. Wskazania dotyczące

odpowiedniego zatrudnienia (jakiego)

.....
.....

szkolenia, w tym specjalistycznego (jakiego)

.....

zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej

- ☐ wymaga
- ☐ nie wymaga
- ☐ nie dotyczy

uczestnictwa w terapii zajęciowej

- ☐ wymaga
- ☐ nie wymaga
- ☐ nie dotyczy

konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby

- ☐ wymaga
- ☐ nie wymaga
- ☐ nie dotyczy

korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki

- ☐ wymaga
- ☐ nie wymaga
- ☐ nie dotyczy

konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji

- ☐ wymaga
- ☐ nie wymaga
- ☐ nie dotyczy

⁷ Należy wpisać datę dzienną.

*niepotrzebne skreślić

☐ spełnia

☐ nie spełnia

☐ nie dotyczy

☐ wymaga
☐ nie wymaga
☐ nie dotyczy

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

*niepotrzebne skreślić

XX. Szczegółowa ocena funkcjonowania osoby badanej w skali Barthel

- ☐ dotyczy
☐ nie dotyczy ze względu na rodzaj schorzenia

L/p	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spacer z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie m	
Wynik kwalifikacji		pkt.

.....
imienna pieczęćka i podpis lekarza przewodniczącego składu orzekającego