

QUESTIONNAIRE | АНКЕТА

FOR PATIENTS TO BE ADMITTED TO NEUROREHABILITATION | ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПРИЁМОМ В ОТДЕЛЕНИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

PATIENT'S DETAILS ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

NAME ФАМИЛИЯ: _____

DATE OF BIRTH ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

ADDRESS АДРЕС: _____

CONTACT PERSON КОНТАКТНОЕ ЛИЦО

Parents Родители	yes / no	да / нет
Spouse/partner Супруг(-а) / гражданский партнёр	yes / no	да / нет
Children Дети	yes / no	да / нет
take care of patient Уход за пациентом	yes / no	да / нет
want to look after patient Обслуживание пациента	yes / no	да / нет

ADDRESS CONTACT PERSON АДРЕС КОНТАКТНОГО ЛИЦА

Name Фамилия _____
Street address Улица _____
Zip code Почтовый индекс _____
Place of residence Город _____
Phone Телефон _____

COSTS PAID BY ПЛАТЕЛЬЩИК

- Statutory health insurance company (HIC) Государственное медицинское страхование
- Private HIC / Self-payer Частное медицинское страхование / самостоятельный плательщик
- Employer's liability insurance association/accident insurance company
Профессиональное страховое товарищество / страхование от несчастных случаев
- Annuity insurance company Пенсионное страхование
- Social welfare authority Социальная помощь

Address Адрес _____

DIAGNOSIS / DIAGNOSES ДИАГНОЗ(-Ы)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

CARER ОПЕКУН: _____

TRANSFERRED FROM ПЕРЕВЕДЕН ИЗ

- Intensive care unit Отделение реанимации и интенсивной терапии
- Regular ward Обычный стационар
- Home Дом
- Nursing Home Дом инвалидов и престарелых

Return possible: yes / no Возможно возвращение: да / нет

ONSET OF DISEASE / DAY OF ACCIDENT НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ / ДАТА НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ: _____

COMPLICATIONS ОСЛОЖНЕНИЯ

Seizures Судороги	generalised / focal не специализированные / локальные
Instable fractures Переломы	yes / no да / нет
Heterotopic ossifications Оссификации Гетеротопия	yes / no да / нет
Algodystrophy Альгодистрофия	yes / no да / нет
Contractures Контрактуры	yes / no да / нет
Infections Инфекции	yes / no да / нет
Multidrug resistant organisms (MDRO) Полирезистентные организмы (организмы с множественной лекарственной резистентностью)	positive / 3x negative Положительно / 3 x отрицательно

PROVIDED WITH ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

- Tracheostoma Трахеостома
- Pacemaker: type Кардиостимулятор: тип _____
- Central venous catheter Центральный венозный катетер
- Shunt: type Шунт: тип _____
- Urinary catheter suprapubic / transurethral / intermittent
Мочевой катетер надлобковый / трансуретральный / интермиттирующая катетеризация
- PEG ЧЭГ
- Other tube Прочие канюли _____
- Wheelchair active / electronic Инвалидная коляска активного типа / с электроприводом
- Rollator Ролятор
- Forearm crutches Предплечные костыли
- Walking stick Трость
- Prostheses: Extremity prostheses Протезы: протезы конечностей _____
Endoprostheses: cemented / uncemented Эндопротез: цементный / бесцементный
- Osteosynthesis Остеосинтез

MALFUNCTION(S) ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ(-ЫЕ) РАССТРОЙСТВО(-А)

- Aphasia Афазия
- Dysarthria Дизартрия
- Dysphagia Дисфагия
- Disturbance of orientation Расстройство ориентировки
- Neuropsychological disorder Нейропсихологическое нарушение
- Behaviour disorder Расстройство поведения
- Depression Депрессия
- Psychosis Психозы
- Risk of suicide Опасность самоубийства
- Hearing disorder Нарушение слуха
- Manifest addiction Верифицированная зависимость
- Neglect Равнодушие
- Visual disturbance: Hemianopsia/Amaurosis/Others: _____
Нарушение зрения: гемианопсия / амавроз / прочее: _____
- Fracture Перелом: _____
Load-bearing capacity Выносливость _____ kg кг
- Urinary catheter suprapubic / transurethral / intermittent
Мочевой катетер надлобковый / трансуретральный / интермиттирующая катетеризация
- PEG ЧЭГ
- Other tube Прочие канюли _____

COLLABORATION IN CARE AND THERAPY СОДЕЙСТВИЕ В ОБСЛУЖИВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ

- Shows own initiative Проявляет собственную инициативу
- active активно
- passive пассивно
- reluctant неохотно

FURTHER TREATMENT ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

- not settled не определено
- settled определено

Where could the patient be transferred to after his / her treatment in our hospital if (s)he cannot be dismissed to his / her home?
[must be filled in necessarily]

Куда можно перевести пациента(-ку) для лечения в нашей клинике, если его/её невозможно выписать домой? [обязательно заполнить]

ADDRESS АДРЕС: _____

PHONE ТЕЛЕФОН: _____

CONTACT КОНТАКТ: _____

1. Patient's condition must be monitored with intensive care	yes -50 / no 0	1. Состояние пациента требует интенсивного медицинского ухода.	Да -50/ нет 0
2. Tracheostoma	yes -50 / no 0	2. Необходимо отсосать содержимое трахеостомы	Да -50/ нет 0
3. Intermittent ventilation	yes -50 / no 0	3. Прерывистое дыхание	Да -50/ нет 0
4. Disturbance of orientation (confusion) requires supervision	yes -50 / no 0	4. Нарушение ориентации (помутнение сознания), требуется контроль	Да -50/ нет 0
5. Behaviour disorder requires supervision (including threatening patient's own life or life of others, e.g. manifest suicidality)	yes -50 / no 0	5. Расстройство поведения, требуется контроль (в т.ч. опасность для жизни пациента или других лиц, например опасность самоубийства)	Да -50/ нет 0
6. Severe communication disorder	yes -25 / no 0	6. Тяжёлая форма нарушения коммуникации	Да -25/ нет 0
7. Dysphagia requiring supervision	yes -50 / no 0	7. Дисфагия, требуется контроль	Да -50/ нет 0
8. Eating and drinking (with assistance, if food is cut up small before eating)	not possible 0 with assistance 5 without assistance 10	8. Приём пищи и жидкости (требуется помощь если пища мелко нарезана)	невозможно 0 с помощью 5 без помощи
9. Getting from wheelchair to bed and vice versa (including: sitting up in bed)	not possible 0 with major assistance 5 with minor assistance 10 without assistance 15	9. Перемещение из инвалидной коляски в постель и обратно (в т.ч. принятие положения сидя в постели)	невозможно 0 с огромной помощью 5 с небольшой помощью 10 без помощи 15
10. Personal hygiene (washing face, combing hair, shaving, brushing teeth)	not possible 0 without assistance 5	10. Личная гигиена (умывание лица, расчёсывание волос, бритьё, чистка зубов)	невозможно 0 без помощи 5
11. Going to the toilet (Putting on/off clothes, wiping oneself properly, flushing the toilet)	not possible 0 with assistance 5 without assistance 10	11. Посещение туалета (снятие / одевание одежды, чистка после посещения туалета, смыв унитаза)	невозможно 0 с помощью 5 без помощи 10
12. Taking bath or shower	not possible 0 without assistance 5	12. Принятие ванны / душа	невозможно 0 без помощи 5
13. Walking on the flat	not possible 0 wheelchair independent 5 walks with help 10 without assistance 15	13. Вставание и ходьба	невозможно 0 самостоятельно в инвалидной коляске 5 Ходьба с поддержкой 10 без помощи 15
14. Going up/down stairs	not possible 0 with assistance 5 without assistance 10	14. Поднятие и спускание по лестнице	с помощью 5 с помощью 5 без помощи 10
15. Dressing/undressing (including: tying shoelaces, fastening buttons)	not possible 0 with assistance 5 without assistance 10	15. Одевание и раздевание (в т.ч. завязывание шнурков, застёгивание пуговиц)	невозможно 0 с помощью 5 без помощи 10
16. Bowel control	not possible 0 with assistance 5 without assistance 10	16. Сдерживание стула	невозможно 0 с помощью 5 без помощи 10
17. Bladder control	not possible 0 with assistance 5 without assistance 10	17. Сдерживание мочи	невозможно 0 с помощью 5 без помощи 10

CURRENT MEDICATION **МЕДИКАМЕНТЫ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ**

IMPORTANT: To be able to provide uninterrupted treatment and to plan an optimum therapy we ask you to make sure that the patient brings all medical reports, findings etc. (particularly X-ray, CT and NMR images) which you have received, AND the current medication when admitted to our hospital!

ВАЖНО: в целях осуществления непрерывного лечения и планирования оптимальной терапии просим вас привезти с собой в клинику и предоставить нам все полученные пациентом/пациенткой медицинские заключения, результаты исследований (в частности, рентгеновские снимки, результаты КТ и ЯМР), а также перечень принимаемых на данный момент лекарств.

TRANSFERRING PHYSICIAN / INSTITUTION **НАПРАВЛЯЮЩИЙ ВРАЧ/ОРГАН:**

PHONE **ТЕЛЕФОН:**