

INNOWACYJNE NARZĘDZIE DO OCENY SYTUACJI I POTRZEB NIESAMODZIELNEGO SENIORA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

data urodzenia

Proszę określić sytuację na przestrzeni ostatniego tygodnia i podkreślić odpowiedzi, które Pana/i dotyczą

- 1. Z kim Pan/i mieszka i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe?**
 - a) sam /a
 - b) ze współmałżonkiem
 - c) ze współmałżonkiem i innymi spokrewnionymi osobami z rodziny
 - d) z innymi niespokrewnionymi osobami
- 2. Jak w ciągu ostatniego miesiąca ocenia Pan/i swój fizyczny stan zdrowia?**
 - a) bardzo dobrze
 - b) dobrze
 - c) źle
 - d) bardzo źle
- 3. Jak w ciągu ostatniego tygodnia ocenia Pan/i swój psychiczny stan zdrowia?**
 - a) bardzo dobrze
 - b) dobrze
 - c) źle
 - d) bardzo źle
- 4. Jak porusza się Pan/i w przestrzeni domu (mieszkania)?**
 - a) całkowicie samodzielnie
 - b) zależnie z pomocą innych osób
 - c) zależnie z pomocą sprzętu (laski, balkonika, kuli, wózka)
 - d) nie poruszam się (osoba leżąca)
- 5. Jak porusza się Pan/i w otoczeniu poza mieszkaniem?**
 - a) całkowicie samodzielnie
 - b) zależnie z pomocą innych osób
 - c) zależnie z pomocą sprzętu (laski, balkonika, wózka)
 - d) nie poruszam się poza mieszkaniem
- 6. Jak mógłby Pan/i ocenić ogólnie swój stan zdrowia fizycznego i samopoczucia psychicznego/emocjonalnego?**

- a) bardzo dobrze
- b) dobrze
- c) źle
- d) bardzo źle

7. Czy stan Pana/i zdrowia (fizycznego i psychicznego) utrudniały Panu/i normalne kontakty z innymi osobami?

- a) nie utrudniały mi kontaktu z innymi osobami
- b) nieznacznie utrudniały mi kontakt z innymi osobami (w jakim zakresie
- c) w znacznym stopniu utrudniały mi kontakt z innymi osobami
- d) całkowicie utrudniały mi kontakt z innymi osobami

8. Jak wygląda u Pana/i umiejętność przygotowania i spożycia posiłków?

- a) nie wymagam żadnej pomocy – jestem samodzielny/a
- b) wymagam częściowej pomocy innych osób (w jakim zakresie
- c) wymagam całkowitej pomocy - jestem niesamodzielny/a

9. Jak wygląda u Pana/i umiejętność utrzymania higieny osobistej i korzystania z WC?

- a) nie wymagam żadnej pomocy – jestem samodzielny/a
- b) wymagam częściowej pomocy innych osób (w jakim zakresie
- c) wymagam całkowitej pomocy - jestem niesamodzielny/a

10. Jak wygląda u Pani/a umiejętność ubierania się i rozbierania?

- a) nie wymagam żadnej pomocy – jestem samodzielny/a
- b) wymagam częściowej pomocy innych osób (w jakim zakresie
- c) wymagam całkowitej pomocy - jestem niesamodzielny/a

11. Jak wygląda u Pana/i kontrolowanie czynności fizjologicznych (kontrolowanie stolca, moczu)?

- a) całkowicie kontroluję i panuję nad czynnościami fizjologicznymi
- b) czasami popuszczam (w jakim zakresie - mocz/kał
- c) nie panuję nad czynnościami fizjologicznymi stosuję wkładki/pampersy

12. Jaką pomoc otrzymał Pan/i i od kogo w ciągu ostatniego tygodnia?

Jaka pomoc?	Od kogo?	Wystarczająca/ Niewystarczająca	Odpłatna/ Nieodpłatna

13. Jakiej niezbędnej pomocy Pan/i jeszcze oczekuje i od kogo?

Jaka pomoc?	Od kogo?	Całkowite przejęcie/ częściowe wsparcie	Odpłatna/ Nieodpłatna