



Załącznik nr 3 – Karta pacjenta - Indywidualna karta kwalifikacji

KARTA PACJENTA
- Indywidualna karta kwalifikacji -

Lp.	Zakres danych:	Dane:
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Wiek	
4	PESEL	

CZĘŚĆ - A – KRYTERIA FORMALNE / KRYTERIA PREMIUJĄCE

Lp.	Zakres danych:	Spełnienie kryterium:	
1	wiek od 5 do 18 roku życia	☐ tak	☐ nie
2	zamieszkuje w województwie mazowieckim (Regionalny Mazowiecki Region), w tym głównie w: mieście Radom, na terenie powiatu radomskiego lub zwoleńskiego lub lipskiego	☐ tak	☐ nie
3	nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych (np. Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz nie korzysta w trakcie tego procesu rekrutacyjnego ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych	☐ tak	☐ nie
4	nie był dotychczas uczestnikiem Programu lub zakończył udział w Programie minimum 6 miesięcy wcześniej	☐ tak	☐ nie
5	posiada dokumentację potwierdzającą rozpoznanie (G80-G83 wg. ICD-10)	☐ tak	☐ nie
Dokumenty – Kryteria formalne:			
1	Świadoma zgoda na udział w programie i oświadczenie o miejscu zamieszkania	☐ tak	☐ nie
2	Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie (G80-G83 wg. ICD-10)	☐ tak	☐ nie
Dokumenty – Kryteria premiujące:			
1	Orzeczenia potwierdzające niepełnosprawność umysłową, słuchu, wzroku, mowy	☐ tak	☐ nie
2	Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej	☐ tak	☐ nie
Ilość uzyskanych punktów w Kryteriach premiujących		 pkt	

Podpis Komisji Rekrutacyjnej:

Data	Podpis Kierownika Projektu	Podpis Asystenta Kierownika Projektu

**CZĘŚĆ - B – KRYTERIA MEDYCZNE**

Lp.	Weryfikacja dokumentacji medycznej i wyniki przeprowadzonych badań i testów pacjenta (wypełnia lekarz):	Spełnienie kryterium:	
1	Rozpoznanie (G80-G83 wg. ICD-10)	☐ tak	☐ nie
2	posiada poziom funkcjonalny od 1 do 4 wg Klasyfikacji GMFCS	☐ tak	☐ nie
3	posiada umiejętność samodzielnego chodzenia z wykorzystaniem wspomaganie w postaci pomocy ortopedycznych lub asysty drugiej osoby	☐ tak	☐ nie
4	ma możliwość przejścia min. 4 m samodzielnie z wykorzystaniem pomocy ortopedycznych lub z asystą osoby towarzyszącej	☐ tak	☐ nie
5	posiada umiejętność komunikowania się pozwalającą na rozumienie poleceń terapeuty oraz sygnalizowania bólu, dyskomfortu i potrzeb fizjologicznych	☐ tak	☐ nie
6	wykazuje brak aktywnej padaczki lekoopornej	☐ tak	☐ nie
7	wykazuje brak dysproporcji lub istniejąca dysproporcja w długości kończyn dolnych jest nie większa niż 2 cm	☐ tak	☐ nie
8	wykazuje brak utrwalonych przykurczów i/lub deformacji kostno-stawowych	☐ tak	☐ nie
9	wykazuje brak niestabilności kostno-stawowych uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu	☐ tak	☐ nie
10	wykazuje brak zmian zapalnych skór i/lub otwartych uszkodzeń skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych, uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu	☐ tak	☐ nie
11	wykazuje brak przeciwwskazań do treningu na bieżni (np. chorób układu krążenia, oddechowego o znacznym nasileniu)	☐ tak	☐ nie

Na podstawie ww. informacji pacjenta [zaznacz „X”]:

☐	uzyskał Zaświadczenie potwierdzające kwalifikację do udziału w Programie
☐	nie uzyskał kwalifikacji do Programu uzasadnienie decyzji:
Data	Pieczęć i podpis lekarza