



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
 ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
 tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
 www.ptrs.waw.pl

Indywidualny Plan Działania

dane uczestnika projektu

SMΦwa przysta . usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II+

Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å ..Å Å Å Å Å Å Å .. Å .
Imi /Imiona Nazwisko

õ õ õ ..õ .õ õ õ õ õ õ
 ulica, numer kod pocztowy, miejscowo

õ õ õ ..õ .õ õ õ õ õ õ
PESEL numer telefonu

õ õ õ ..õ .õ õ õ õ õ õ
 wykształcenie zamieszkanie
 (niepełne podstawowe, podstawowe, (miasto do 20 tys, 20-50tys., 50-100 tys.,
 gimnazjalne, zawodowe, rednie, pow. 100 tys., wie)
 policealne, wy sze)

õ õ õ ..õ .õ õ õ õ õ õ
 stopie niepełnosprawno ci przyczyna niepełnosprawno ci
 (lekki, umiarkowany, znaczny) (narz d ruchu, narz d wzroku, ogólny stan zdrowia,
 niepełnosprawno sprz ona, inny . jaki?)

õ õ õ ..õ .õ õ õ õ õ õ
 uczestnictwo w WTZ rejestracja w PUP - Urz dzie Pracy
 - Warsztatach Terapii Zaj ciowej (zarejestrowana/y lub niezarejestrowana/y)
 (absolwent, nie był, uczestniczy)





CZ I ĘLEKARZ

1. Jak dŭugo jest Pan(i) chory/a na SM (w latach):

2. Ocena pacjenta wg skali Bartel

Lp.	Czynno	Wynik
1	Spo ywanie posiŭkŭw: 0 - nie jest w stanie (samodzielnie je) 5 - potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masjŕm, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny/a, niezale ny/a	
2	Przemieszczanie si /z ũ ka na krzesŭ i z powrotem, siadanie/: 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje rŭwnowagi przy siedzeniu 5 - wi ksza pomoc (fizyczna, jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc (sŭwna lub fizyczna) 15 - samodzielny/a	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynno ciach osobistych 5 - niezale ny/a przy myciu twarzy, czesaniu si , myciu z bŭw (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety /WC/ 0 - zale ny/a 5 - potrzebuje troch pomocy, ale mo e co zrobi sam/a 10 - niezale ny/a w zakresie: zdejmowanie, zakjŕdanie, ubieranie si , podcieranie si	
5	Mycie, k piel caŕego ciaŕa: 0 - zale ny/a 5 - niezale ny/a (lub pod prysznicem)	
6	Poruszanie si (po powierzchni pŭskiej): 0 - nie porusza si lub < 50 m 5 - niezale ny/a na wŭzku. Wliczaj c zakr ty > 50 m 10 - spacer y z pomoc (sŭwn lub fizyczn) jednej osoby > 50 m 15 - niezale ny/a (ale mo e potrzebowa pewnej pomocy np. laski) > 50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy (sŭwnej, fizycznej, przenoszenie) 10 - samodzielny/a	
8	Ubieranie si i rozbieranie: 0 - zale ny/a 5 - potrzebuje pomocy ale mo e wykonywa pojŭw bez pomocy 10 - niezale ny/a (przy zapinaniu guzikŭw, zamka, sznurowadeŕ itp.)	
9	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatyw) 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje (utrzymuje stolec)	



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

10	Kontrolowanie moczu /zwieracza p cherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny/a 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje /utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ***		

Skala:

- I. 86-100 pkt. . stan pacjenta ~~lekki~~
- II. 21- 85 pkt. . stan pacjenta ~~średnio ciężki~~
- III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta ~~ciężki~~

3. Schorzenia poza SM istotne z uwagi na udział w zajęciach (w szczególności czy stwierdzono zaburzenia układu kręgowego, nadciśnienie, padaczkę, chorób nowotworów, choroby skóry, itd.):

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

4. Zalecenia medyczne w odniesieniu do form i sposobów rehabilitacji

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

5. Czy są przeciwwskazania do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (wymienionych w załączniku 1) tak nie

Jeśli tak, to w których zajęciach beneficjent nie powinien brać udziału?

.....
.....

6. Uwagi

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

.....

podpis beneficjenta

.....

data i podpis lekarza



CZ II Ę REHABILITANT

1. Ocena stanu narz du ruchu

(gdzie 0 . brak zaburzenia, 3 - rednie, 5 - znaczne)

- Sprawno ko czyn g3rnych - 0 1 2 3 4 5
- w tym sprawno d3oni - 0 1 2 3 4 5
- Sprawno ko czyn dolnych - 0 1 2 3 4 5
- Zborno ruch3w - 0 1 2 3 4 5
- Zaburzenia r3wnowagi - 0 1 2 3 4 5
- Spastyczno - 0 1 2 3 4 5
- Inne (jakie?) 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 . - 0 1 2 3 4 5
- 3 3 3 3 3 . 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 . - 0 1 2 3 4 5
- 3 3 3 3 3 . 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 . - 0 1 2 3 4 5

2. Ocena stanu czynno ci fizjologicznych - 0 1 2 3 4 5

3. Inne zaburzenia stwierdzone przez beneficjenta (np. mowy, wzroku, s3uchu, itd.)

- 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 .. - 0 1 2 3 4 5
- 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 .. - 0 1 2 3 4 5
- 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 .. - 0 1 2 3 4 5

4. Zalecenia fizjoterapeuty (w porozumieniu z beneficjentem) co do sposob3w, metod i indywidualnego programu rehabilitacji

.....

.....

.....

.....

.....





Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddziału Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

CZ III - PSYCHOLOG

1. Ocena ewentualnych braków w umiejętnościach i kompetencjach ograniczających aktywność i samodzielność

UMIEJ TNO CI/ KOMPETENCJE	PUNKTY: 0 - nie spełnia 1 - częściowo spełnia 2 - spełnia, jest mocną stroną uczestnika projektu
KOMUNIKATYWNÓ <ul style="list-style-type: none">• <i>Jasno wyraża myśli</i>• <i>Nawiązuje kontakt wzrokowy</i>• <i>Wyraża się w sposób zrozumiały i poprawny</i>	<ul style="list-style-type: none">•••
PAMI <ul style="list-style-type: none">• <i>Ma dobrą pamięć długotrwałą - wspomina dalsze wydarzenia, wie gdzie mieszka</i>• <i>Ma dobrą pamięć krótkotrwałą - pamięta o umówionych wizytach, tematach przeprowadzonych rozmów</i>	<ul style="list-style-type: none">••
KONCENTRACJA <ul style="list-style-type: none">• <i>Potrafi skoncentrować się na rozmowie, mówi na temat</i>• <i>W przypadku wykonywania czynności potrafi się na niej skupić</i>	<ul style="list-style-type: none">••
PEWNO SIEBIE <ul style="list-style-type: none">• <i>Komunikacja niewerbalna sprzyja nawiązaniu kontaktu</i>• <i>Charakteryzuje się kulturą osobistą, prospołecznie</i>	<ul style="list-style-type: none">••
RADZENIE SOBIE ZE STRESEM <ul style="list-style-type: none">• <i>Objawy stresu nie wpływają na efekty działań</i>• <i>Ma swoje sposoby na radzenie sobie ze stresem</i>	<ul style="list-style-type: none">••
WSPÓŁPRACA W GRUPIE <ul style="list-style-type: none">• <i>Potrafi współpracować z innymi</i>• <i>Lubi poznawać nowych ludzi, uczestniczy w zajęciach grupowych</i>	<ul style="list-style-type: none">••
ODPOWIEDZIALNO <ul style="list-style-type: none">• <i>Sumiennie podchodzi do obowiązków - potrafi podać przykłady</i>	<ul style="list-style-type: none">•
MOTYWACJA <ul style="list-style-type: none">• <i>Posiada motywację do udziału w działaniach aktywizacyjnych, osiąga zamierzone przez siebie cele</i>• <i>Wykazuje się zaangażowaniem i aktywnymi postawami</i>	<ul style="list-style-type: none">••



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

	SUMA PKT (MAX 32)
--	--------------------------

2. Indywidualne potrzeby z zakresu rehabilitacji fizycznej, społecznej i psychologicznej beneficjenta

.....

.....

.....

3. Określenie mocnych i słabych stron pod kątem zwińkszenia samodzielności

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY

4. Jak ocenia Pan/i swój nastrój w ciągu ostatniego miesiąca?

bardzo dobry dobry umiarkowany obniżony bardzo obniżony

5. Jak ocenia Pan/i swoją motywację do udziału w projekcie i korzystania z proponowanych w załączniku 1 form wsparcia?

bardzo duża duża średnia mała bardzo mała

6. Jak ocenia Pan/i prawdopodobieństwo realizacji przez siebie celu projektu - zwińkszenia samodzielności* ?

bardzo duże duże średnie małe bardzo małe

* Poprzez cel zadania rozumie się zmniejszenie ograniczeń ruchowych, spowolnienie postępu choroby, poprawę kondycji psychicznej, a także zwińkszenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

7. Czy są przeciwwskazania do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (wymienionych w załączniku 1) tak nie

Jeżeli tak, to w których zajęciach beneficjent nie powinien uczestniczyć?.....

.....
.....

8. Uwagi

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

.....
podpis beneficjenta

.....
data i podpis psychologa





Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

Załącznik nr 1

ZAJ ĆWICZENIA REHABILITACYJNE
i inne formy wsparcia świadczone w Oddziale Warszawskim PTRS
w ramach projektu

Rehabilitacja grupowa, ruchowa

Mechanoterapia

Masaż usprawniający

Zajęcia relaksacyjne jogi

Zajęcia tai-chi

Zajęcia Metod Feldenkraisa

Arteterapia z elementami terapii zajęciowej

Zajęcia wokalne

Zajęcia teatralne

Zajęcia „Głowa pracuje”

Wsparcie psychologa . trening funkcji poznawczych, porady indywidualne

Pomoc logopedyczna

Wsparcie dietetyka

Rehabilitacja domowa

Usługi osobistego asystenta osoby chorej na SM

wizyty zespołowe i basen w szpitalu MSW

Wsparcie pomocnicze:

Przejazdy na rehabilitację



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

Załącznik nr 2

Planowane efekty wsparcia

Poniżej zestawione zostają planowane efekty prowadzonych w ramach projektu działań (w tym umiejętności i kompetencje planowane do nabycia przez danego beneficjenta), wpływające na wzrost jego samodzielności i aktywności. Tabelę wypełnia koordynator projektu na podstawie konsultacji ze specjalistami i danych zawartych w IPD.

NAZWA REZULTATU	TAK Ę CEL ODDZIAŁY WA	NIE DOTYCZY
wzmocnienie ogólnej wydolności kręgowo-oddechowej organizmu		
zwiększenie sprawności ruchowej		
wzmocnienie siły mięśniowej		
zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśni		
zmniejszenie ryzyka pojawienia się powikłań ze strony różnych układów organizmu		
łagodzenie bolesnych dolegliwości		
poprawa czynności mięśni i stawów		
poprawa koordynacji i równowagi		
przeciwdziałanie utracie siły mięśniowej i zanikowi mięśni		
zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych		
relaksacja		
zmniejszenie poziomu stresu		
zwiększenie wiadomości własnego ciała i ruchu		
poprawa funkcjonowania psychospołecznego		
poprawa stanu psychicznego i samopoczucia		
poprawa jakości życia osoby z SM		
rozwój zainteresowań i pasji		
poprawa sprawności ruchowej ręki		
zwiększenie umiejętności prawidłowej intonacji dźwięków		
wzrost wiadomości swojego głosu i jego siły		
rozwój umiejętności śpiewania		
poprawa działania aparatu oddechowego, głosowego i artkulacyjnego		
odkrycie własnego, niepowtarzalnego i naturalnego głosu		
wzrost wiadomości swojego ciała i głosu		

Projekt sSMøwa przysta . usprawnianie ruchowe i spøjeczne chorych na SM II+

wspøjfinansuje PFRON





Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa
tel. 22 831-00-76/77, e-mail: biuro@ptrs.waw.pl
www.ptrs.waw.pl

wzrost wiadomo ci prze ywanych uczu i umiej tno ci nazywania ich		
wzrost samokontroli		
poprawa dykcji		
nauka u ywania emocji do przekazania odpowiednich tre ci		
wzmacnianie indywidualnych mocnych stron w funkcjonowaniu poznawczym		
poprawa koncentracji i celowego skupiania uwagi		
poznanie skutecznych strategii kompensacyjnych		
nauka efektywnych sposobów zapami tywania i wydobywania z pami ci potrzebnych informacji		
nauczenie si planowania i okre lania wya ciwej pory dla wysiøku umysøowego		
nabycie umiej tno ci nowych metod uczenia si , dostosowanych do zmieniaj cych si mo liwo ci osoby cierpi cej na post puj c niepeñnosprawno		
zwi kszenie umiej tno ci panowania nad emocjami, zmniejszenie poziomu stresu		
poprawa samooceny		
poprawa pami ci		
poprawa funkcji my lenia		
głbsze i spokojniejsze oddychanie		
wzrost wiedzy i umiej tno ci z zakresu prawidøowego oddychania i artykulacji		
poprawa kontaktu z bliskimi		
wzrost wiedzy z zakresu zasad zdrowego od ywania si		
wzrost wiedzy nt substancji/produktów zalecanych i niezalecanych w SM		
podj cie kroków maj cych na celu uzyskanie optymalnej masy ciãżã		
złagodzenie skutków post puj cej, nieuleczalnej choroby		
wsparcie spojęczne chorego oraz (po rednio) członków jego rodziny		
ograniczenie stopnia wykluczenia spojęcznego osób niepeñnosprawnych, chorych na SM		
zwi kszenie/zachowanie sprawnoci na danym poziomie		