



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział Warszawski

00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12

tel. 22 831 00 77 /76, mail biuro@ptsr.waw.pl

Indywidualny Plan Działania

Dane Uczestnika Projektu „Sprowić Moc”

.....
Imię /Imiona

.....
Nazwisko

.....
ulica, numer

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
numer telefonu

.....
e-mail

.....
PESEL

.....
wykształcenie

.....
stopień niepełnosprawności

.....
przyczyna niepełnosprawności
(narząd ruchu, ogólny stan zdrowia, inny –jaki?)

.....
uczestnictwo w WTZ
- Warsztatach Terapii Zajęciowej
(nie uczestniczył/a, absolwent)

.....
rejestracja w PUP - Urzędzie Pracy
(zarejestrowana/y lub niezarejestrowana/y)

CZĘŚĆ I – LEKARZ

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

2. Ocena pacjenta wg skali Bartel

Lp.	Czynność*	Wynik**
1	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie (samodzielnie jeść) 5 - potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny/a, niezależny/a	
2	Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/: 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc (fizyczna, jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 - samodzielny/a	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny/a przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety /WC/ 0 - zależny/a 5 - potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam/a 10 - niezależny/a w zakresie: zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny/a 5 - niezależny/a (lub pod prysznicem)	
6	Poruszanie się (po powierzchni płaskiej): 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny/a na wózku. Wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby > 50 m 15 - niezależny/a (ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski) > 50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenie) 10 - samodzielny/a	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny/a 5 - potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy 10 - niezależny/a (przy zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	



9	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatyw) 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje (utrzymuje stolec)	
10	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza 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 "bardzo ciężki"

* w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

3. Schorzenia poza SM istotne z uwagi na udział w zajęciach (w szczególności czy stwierdzono zaburzenia układu krążenia, w tym nadciśnienie; padaczkę, chorobę nowotworową, choroby skóry, itd.):

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

4. Zalecenia medyczne w odniesieniu do form i sposobów rehabilitacji

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

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



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział Warszawski

00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12

tel. 22 831 00 77 /76, mail biuro@ptsr.waw.pl

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

.....

.....

.....

6. Uwagi

.....

.....

.....

.....
Data i podpis beneficjenta

.....
Data i podpis lekarza



CZĘŚĆ II - PSYCHOLOG

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

UMIEJĘTNOŚCI/ KOMPETENCJE	PUNKTY: 0 - nie spełnia 1 - częściowo spełnia 2 - spełnia, jest mocną stroną uczestnika projektu
KOMUNIKATYWNOŚĆ <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"> • • •
PAMIĘĆ <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"> • •
PEWNOŚĆ SIEBIE <ul style="list-style-type: none"> • <i>Komunikacja niewerbalna sprzyja nawiązywaniu kontaktu</i> • <i>Charakteryzuje się kulturą osobistą, prospołecznością</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"> • •
WSPÓLPRACA W GRUPIE <ul style="list-style-type: none"> • <i>Potrafi współpracować z innymi</i> • <i>Lubi poznawać nowych ludzi, uczestniczyć w zajęciach grupowych</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • •
ODPOWIEDZIALNOŚĆ <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">• Posiada motywację do udziału w działaniach aktywizacyjnych, osiąga zamierzone przez siebie cele• Wykazuje się zaangażowaniem i aktywną postawą	<ul style="list-style-type: none">••
UWAGI:	SUMA PKT (MAX 32)

2. Określenie mocnych i słabych stron pod kątem zwiększenia samodzielności

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY

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

bardzo dobry dobry umiarkowany obniżony bardzo obniżony

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

bardzo duża duża średnia mała bardzo mała

5. Czy są przeciwwskazania (inne niż wskazane przez neurologa) do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (wymienionych w zał. 1)

tak nie

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

.....

.....

Data i podpis beneficjenta

.....

Data i podpis psychologa



CZĘŚĆ III – REHABILITANT

1. Ocena stanu narządu ruchu

(gdzie 0 – brak zaburzenia, 3-średnie, 5- znaczne)

- Sprawność kończyn górnych - 0 1 2 3 4 5
 - w tym sprawność dłoni - 0 1 2 3 4 5
- Sprawność kończyn dolnych - 0 1 2 3 4 5
- Zborność ruchów - 0 1 2 3 4 5
- Zaburzenia równowagi - 0 1 2 3 4 5
- Spastyczność - 0 1 2 3 4 5
- Inne (jakie?)..... - 0 1 2 3 4 5
- - 0 1 2 3 4 5
- - 0 1 2 3 4 5

2. Ocena stanu czynności fizjologicznych - 0 1 2 3 4 5

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział Warszawski

00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12

tel. 22 831 00 77 /76, mail biuro@ptsr.waw.pl

5. Czy są inne niż wskazane przez neurologa/psychologa przeciwwskazania do udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (wymienionych w zał. 1)

tak nie

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

.....
.....

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

bardzo duże duże średnie małe bardzo małe

* Poprzez cel zadania rozumie się zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez wdrożenie kompleksowego programu grupowych i indywidualnych zajęć mających na celu nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego ich funkcjonowania.

7. Uwagi

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

.....
Data i podpis beneficjenta

.....
Data i podpis rehabilitanta



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział Warszawski

00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12

tel. 22 831 00 77 /76, mail biuro@ptsr.waw.pl

Załącznik nr 1

ZAJĘCIA REHABILITACYJNE

świadczone przez Oddział Warszawski PTSR w ramach projektu „Spraak Moc”

- Rehabilitacja domowa
- Indywidualne zajęcia na basenie
- Indywidualne zajęcia Jogi
- Asystent osoby niepełnosprawnej
- Warsztaty „Porozumienie bez przemocy”
- Indywidualne porady specjalistów