



Complexul de Servicii Socio-Medicale Maria Beatrice,

Alba Iulia, Str Lalelelor, nr. 60, CIF: 27786253

<http://www.mariabeatrice.ro> mail: ongmariabeatrice@yahoo.com

tel: 0743893625, 0741288303 tel/fax 0358566186

CHESTIONAR ADMITERE TRATAMENT

În vederea accesării serviciilor de reabilitare neuro-psiho-motorie
din cadrul Complexului de Servicii Socio-Medicale Maria Beatrice, Alba Iulia

În funcție de răspunsul ales, se va scrie x în căsuța corespunzătoare !

Nume și prenume copil beneficiar

Data nașterii Sex: Masculin Feminin Greutate..... Înălțime.....

Adresa de domiciliu

1.Diagnostic (diagnosticul înscris pe ultimul bilet de ieșire din tratament):

- Paralizie cerebrală
 Tetrapareză spastică Diplegie spastică Hemiplegie spastică
 Forma hipotonă Forma hiperkinetică
 Stare după accident, traumă, accident vascular
 Afecțiuni ale sistemului neuro-muscular Afecțiuni ale coloanei

Alte afecțiuni sau forme, specificați:.....

2.Epilepsie: Da Nu , **Dacă Da, specificați data ultimei crize:**.....

3.Afecțiuni cardiovasculare: Da Nu , **Dacă Da, specificați diagnosticul:**.....

4.Afecțiuni respiratorii cronice (hiperactivitate bronșică, astm bronșic, etc.) Da Nu ,
Dacă Da, specificați diagnosticul:.....

5.Medicație până la această dată, specificați:.....

6.Ce metode de terapie ați mai folosit înainte?

- Kinetoterapie Hidroterapie Masaj Termoterapie **Bobath**
 Terapie **ABA** Terapie **Vojta** Clinică Ucraina Institut **Peto** Ungaria

Alte metode utilizate, specificați:

7.Informații despre starea curentă a copilului beneficiar (opțional)

Starea mentală (atenția, activitatea mentală, abilitatea de a memora, concentrarea)

Detaliați.....

8.Vorbirea (vocabular, claritate, ritm)

Detaliați.....

9.Funcțiuni autonome (salivat, transpirație, circulația periferică) (opțional)

Detaliați.....

10.Tonus muscular

Hipertonie Hipotonie Normal

8.Poziția în șezut

Cu sprijin Fără sprijin

11.Târâre și rostogolire :

da nu

10.Mersul în patru labe:

da nu

12.Poziția în picioare

Independentă Cu sprijin asistat

Detaliați.....

13.Mersul

Cu sprijin asistat Independent

Detaliați.....

14.Funcționarea mâinilor (prindere , deschiderea mâinilor)

Detaliați.....

15.Activități cotidiene, capabil:

să se hrănescă singur

Da Nu

să bea din pahar

Da Nu

să se îmbrace

Cu ajutor Fără ajutor

Alte activități cotidiene, detaliați:

16.Perioada de tratament solicitată: de la data până la data.....

17.Numărul tratamentului la Complexul Maria Beatrice

Primul Al doilea Al treilea Al patrulea

18.Starea beneficiarului după ultimul tratament:

Îmbunătățită Achiziții noi Neschimbată Înrăutățită

Data

Nume părinte / apărător legal

Important:

Chestionarul completat și copia după biletul de ieșire de la ultima internare/ tratament cu diagnosticul completat de medicul specialist trebuie să ajungă la Complexul de Servicii Socio-Medicale Maria Beatrice, cu cel puțin 10 zile lucrătoare înainte de data de început solicitată pentru efectuarea tratamentului. După caz, vor fi trimise și alte documente medicale: Radiografiile, RMN, EEG (nu mai vechi de 6 luni), analize medicale, etc. În lipsa acestor documente nu se poate face rezervarea în vederea accesării serviciilor de recuperare.