KLINICZNY FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

INFORMACJE O PACJENCIE

DATA DOKUMENTU:

Nieletni / nieletnia **Pełnoletni / pełnoletnia**

Imię:	**Nazwisko:**
Pesel:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	
Numer telefonu:	Adres email:
Turnus od: do:	

Specjalista / placówka kierująca:	
Numer telefonu:	Adres email:

DANE KONTAKTOWE DO OPIEKUNÓW

Imię:	**Nazwisko:**
Numer telefonu:	Adres email:
Imię:	**Nazwisko:**
Numer telefonu:	Adres email:

AKTUALNE TRUDNOŚCI PACJENTA

Wskazanie do interwencji stacjonarnej:
(Główne objawy, sytuacje nasilające i łagodzące, czynniki stresowe / kontekst eskalacji objawów)

DOTYCHCZASOWE LECZENIE / PROCES TERAPEUTYCZNY

Historia terapii:

Reakcje pacjenta na oddziaływania terapeutyczne:
(postęp, utknięcie)

FARMAKOTERAPIA

- Farmakoterapia: Brak Tak
- **Nazwy leków:** / dawka / schemat / od kiedy:

Cel farmakoterapii: (np. redukcja lęku, stabilizacja nastroju, redukcja zachowań kompulsywnych):

Stabilność farmakologiczna:

stabilna wymaga monitorowania

planowana modyfikacja istotne ryzyko kliniczne

Komentarz lekarza/terapeuty (jeśli dotyczy):

OBJAWY I DYNAMIKA ED

Czas trwania objawów:

- 3 miesiące
- 3–6 miesięcy
- 6–12 miesięcy
- powyżej 12 miesięcy

Dynamika w ostatnich 8 tygodniach:

- narastające
- stabilne
- fluktuacyjne
- okresowa poprawa

Opis:

KONTEKST RODZINNY

Struktura rodziny i relacje:

- rodzina pełna
- rodzina rekonstruowana
- rodzic samodzielnie wychowujący
- opieka naprzemienna
- konflikty separacyjne / rozwodowe

inna sytuacja strukturalna:

Jakość relacji rodzinnych:

- adekwatne i wspierające
- konfliktowe
- napięte, ale stabilne
- nadmiernie kontrolujące
- emocjonalnie zdystansowane
- zmienne / niestabilne

Opis kliniczny:

FUNKCJONOWANIE SZKOLNE I SPOŁECZNE

Udział w zajęciach, nauka, presja szkolna:

- adekwatne do wieku i możliwości
- przeciążenie / trudność w odpoczynku
- spadek koncentracji/wydolności poznawczej
- trudności w uczestnictwie w zajęciach
- wrażliwość na ocenę
- trudności społeczne
- wysokie wymagania wobec siebie
- perfekcjonizm szkolny
- obniżona motywacja szkolna
- absencje szkolne
- nasilony lęk szkolny

Opis kliniczny:

OBSZARY SZCZEGÓLNEJ UWAGI

Objawy psychiczne / emocjonalne:

- zaburzenia odżywiania
- silny lęk / panika
- autoagresja
- dysocjacje
- zachowania kompensacyjne
- objawy depresyjne
- myśli rezygnacyjne, myśli samobójcze

Nasilenie:

- niskie
- umiarkowane
- wysokie

Inne:

OBJAWY SOMATYCZNE (W TYM BMI)

Objawy somatyczne (w tym BMI):

Aktualna waga:

Wzrost:

BMI:

Inne objawy somatyczne:

OCENA RYZYKA

Ryzyko somatyczne:

niskie umiarkowane wysokie

Ryzyko emocjonalne:

niskie umiarkowane wysokie

Ryzyko rodzinne / środowiskowe:

niskie umiarkowane wysokie

Komentarz:

WGLĄD I OCENA MOTYWACJI DO UDZIAŁU W TURNUSIE

(proszę ocenić na podstawie kontaktu z pacjentem i rodziną)

Motywacja własna pacjenta:

wysoka – pacjent rozumie cel turnusu i chce udziału

umiarkowana – ambiwalencja, ale zgoda i gotowość

niska – zgoda pozorna, wycofanie, lęk przed zmianą

bardzo niska – opór, zaprzeczanie, brak zgody wewnętrznej

Wgląd w zaburzenie:

zachowany minimalny

częściowy brak

intelektualny bez emocjonalnego

Komentarz:

MOTYWACJA RODZINY / GOTOWOŚĆ SYSTEMU RODZINNEGO

Ocena motywacji i gotowości do udziału w procesie leczenia:

wysoka umiarkowana niska konfliktowa

Komentarz:

REKOMENDACJE I WSKAZÓWKI DLA ZESPOŁU TURNUSOWEGO

Co pomaga pacjentowi:

Co pogarsza stan pacjenta:

Skuteczne dotychczas interwencje:

Obszary wymagające ostrożności:

DODATKOWE UWAGI KLINICZNE

Opis:

ZGODA NA PRZEKAZANIE INFORMACJI KLINICZNYCH ORAZ KLAUZULA POUFNOŚCI

Zgoda specjalisty na przekazanie informacji:

„Oświadczam, że przekazane powyżej informacje kliniczne dotyczące pacjenta zostały udzielone za zgodą pacjenta i/lub jego opiekunów prawnych. Wyrażam zgodę na współpracę kliniczną z zespołem Ośrodka Otulenie w ramach Modelu Klinicznej Współpracy Stacjonarno-Ambulatoryjnej oraz na przekazanie ośrodkowi informacji niezbędnych do zapewnienia ciągłości leczenia i bezpieczeństwa pacjenta.”

Specjalista prowadzący: Podpis:

Data:

Klauzula poufności danych:

„Informacje zawarte w niniejszym dokumencie mają charakter poufny. Ośrodek Otulenie zobowiązuje się wykorzystać je wyłącznie w celu zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa, właściwej opieki terapeutycznej oraz ciągłości procesu leczenia. Dokument nie jest przekazywany osobom trzecim i stanowi część wewnętrznej dokumentacji współpracy klinicznej.”

Osoba uprawniona: Podpis:

Data:

Wyrażamy zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej oraz przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta przez specjalistę prowadzącego do zespołu Ośrodka Leczenia Zaburzeń Odżywiania „Otulenie”, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konsultacji, kwalifikacji do leczenia oraz koordynacji procesu terapeutycznego.

Opiekun prawny: Podpis:

Opiekun prawny: Podpis:

Data: