

Phụ lục 4:
(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (*thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp, đi lại...*)

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

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (*mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện – tiểu tiện...*)

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

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...*)

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

1.4. Các chức năng khác (*rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan.....*)

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

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (*chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội*).

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

3. Yếu tố môi trường (*Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...*)

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

4. Yếu tố cá nhân (*tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách, ...*)

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

Ngày..... tháng..... năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

