



Nowy Targ 24.05.2021 r.

0709-PTNT.820.1.2021

Ośrodek Zdrowia

Dot.: uruchomienie nowego profilu rehabilitacji skierowanego do rolników po przebytej chorobie COVID-19

W związku z trwającą epidemią i zapotrzebowaniem na rehabilitację leczniczą kierowaną do pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, Kasa opracowała i wdraża nowy profil rehabilitacji, który jest realizowany w **Centrach Rehabilitacji Rolników w Jedlcu i Szklarskiej Porębie**.

W załączeniu przesyłamy obowiązujące kryteria medyczne dla osób po przebytej chorobie COVID-19 (wskazania i przeciwwskazania medyczne) oraz wniosek o skierowanie na rehabilitację leczniczą.

Załączniki:

KIEROWNIK
Placówki Terenowej

mgr Agnieszka Futro

- 1) Wskazania i przeciwwskazania medyczne
- 2) Wniosek o skierowanie na rehabilitację leczniczą.

Rehabilitacja lecznicza osób po przebytej chorobie COVID-19 w CRR KRUS

-Rehabilitacja post COVID powinna być przeprowadzona po co najmniej 12 tygodniach od zachorowania

Kryteria medyczne dla osób po przebytej chorobie COVID-19:

I. Wskazania

1. przebyte covidowe śródmiąższowe zapalenie płuc w okresie wydolności oddechowej
2. przebyta choroba Covid-19 u osoby z:
 - astmą oskrzelową kontrolowaną,
 - przewlekłą obturacyjną chorobą płuc – stopień 1 (postać łagodna),
 - rozstrzeniami oskrzeli bez obfitej wydzieliny i towarzyszącym zapaleniem w okresie wydolności oddechowej,
 - sarkoidozą w I i II okresie.

II. Przeciwwskazania medyczne:

- choroby układu oddechowego w okresie niewydolności oddechowej,
- choroby układu krążenia w okresie niewydolności krążenia,
- serce płucne,
- zatorowość płucna,
- zakrzepica żylna,
- krwioplucie i niedawno przebyty krwotok,
- stan poudarowy świeży,
- niewydolność nerek,
- niewydolność wątroby,
- choroba nowotworowa płuc,
- gruźlica płuc aktywna,

*poza tym dotychczasowe przeciwwskazania obowiązujące przy kierowaniu na rehabilitację leczniczą realizowaną przez KRUS,

*w przypadku istnienia innych przeciwwskazań medycznych, nie określonych w katalogu przeciwwskazań lekarz, kierując się dobrem chorego, może nie skierować go na rehabilitację leczniczą po przebytej chorobie COVID-19.

WZÓR

.....
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

I. Dane osobowe:

Nazwisko i imię PESEL*

Adres zamieszkania
(ulica – nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka PESEL*

Rodzaj szkoły, klasa

II. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

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

III. Badanie przedmiotowe: waga wzrost RR / tętno / min

Skóra i węzły chłonne obwodowe:

Układ oddechowy z oceną wydolności:

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA:

Układ trawienny:

Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek:

Układ ruchu:

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej:

samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy

(określić rodzaj niezbędnej pomocy)

Układ nerwowy, narządy zmysłu:

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku (w języku polskim) wg ICD-10

--	--	--

Choroby współistniejące: wg ICD-10
..... wg ICD-10

IV. Aktualne wyniki badań – laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

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

V. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym)

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i czytelna pieczęć lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu)

VI. Weryfikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

Rehabilitacja lecznicza po raz

Opinia o celowości odbycia rehabilitacji (wskazania, przeciwwskazania, rokowanie co do zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym):

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

VII. Kwalifikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

Skierowanie do

Uzasadnienie:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i czytelna pieczęć lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

* Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.