

**АНКЕТА ДЛЯ ПРЕТЕНДЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ В ДЕТСКОЕ
НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СКК «ВУЛАН» - НКФ ФГБУ «НМИЦ РК»
МИНЗДРАВА РОССИИ**

- 1) Полные ФИО ребенка _____
- 2) Дата рождения ребенка _____
- 3) Номер полиса ОМС ребенка и населенный пункт, где полис ОМС зарегистрирован в настоящий момент _____
- 4) Свидетельство о рождении/паспорт _____
- 5) СНИЛС _____
- 6) Полные ФИО законного представителя ребенка _____

- 7) Контактный телефон _____
- 8) Заболевание, по которому планируется реабилитация в СКК «Вулан»
 - А) ДЦП (детский церебральный паралич)
 - Б) Последствия ОНМК, ЧМТ
 - В) Гемипарез
 - Г) Другое

9) Имеется ли у ребенка инвалидность?

- А) Да Б) Нет

10) Уровень больших моторных функций GMFCS ребенка:

- А) Уровень 1 – ходьба без ограничений
Б) Уровень 2 – ходьба с ограничениями
В) Уровень 3 – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения
Г) Уровень 4 – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения
Д) Уровень 5 – перевозка в ручном инвалидном кресле.

11) Понимает ли ребенок обращенную к нему речь?

- А) Да Б) Нет В) Частично

12) Выполняет ли ребенок команды взрослых?

- А) Да Б) Нет В) Частично

13) Есть ли у ребенка медицинские показания для прохождения реабилитации в сопровождении взрослого члена семьи?

- А) Да, сопровождение ребенка до достижения им возраста четырех лет
Б) Да, сопровождение ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека **второй и (или) третьей степеней выраженности** (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) контролю своего поведения)
В) Нет
Г) Я не знаю

14) Была ли зарегистрирована когда-либо эпилептическая активность?

- А) Да**Б) Нет

15) Заполняется при ответе «да» в п. 12**

Когда был последний приступ? _____ Длительность ремиссии _____ лет _____ месяцев

16) Перечислите все Ваши госпитализации в 2024 г. (по полису ОМС, в т.ч. в нашем учреждении, и в платных центрах)

- 1) С _____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,

- 2) С _____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
3) С _____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение.

157 Перечислите Ваши прошедшие и планируемые госпитализации в 2025 г. (по полису ОМС, в т.ч. в нашем учреждении и в платных центрах)

- 1) С _____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
2) С _____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение,
3) С _____ по _____ название медицинского учреждения и его местонахождение.

18) В который раз Вы планируете посетить СКК «Вулан»

- А) В первый раз Б) Во второй раз*** В) В третий раз и более

****При ответе Б или В необходимо приложить к письму последнюю скан-копию выписки из СКК «Вулан»*

19) Проводилась ли ребенку ботулинотерапия?

- А) Да Б) Нет

20) Какие занятия Вы проводите с ребенком вне лечебных учреждений (чем ребенок занимается дома)?

21) Какова наиболее важная на Ваш взгляд проблема у Вашего ребенка из существующих на сегодняшний день?

1- _____

2- _____

22) Каковы Ваши ожидания от госпитализации? (не по медицинским процедурам, а по эффектам от лечения, приобретению ребенком новых навыков, улучшению функционирования)

1- _____

2- _____

23) В связи с невозможностью явки лично прошу результат рассмотрения выслать на электронную почту: _____

24) С правилами приема пациентов в СКК «Вулан» ознакомлен/а:

Подпись _____ /расшифровка подписи _____

25) На обработку персональных данных ребенка согласен/согласна:

Подпись _____ /расшифровка подписи _____

Анкета заполняется от руки либо на компьютере.

Подписи в п. 24 и 25 ставятся от руки.

На рассмотрение отправляется скан-копия анкеты с оригинальными подписями родителя/официального представителя.

Анкета в формате ворд и/или без оригинальных подписей принята не будет.