 **Komunikat 17**

Nałęczów, 26.04.2021 r.

**Koleżanki i Koledzy**

**Członkowie ZNP**

Czas pandemii COVID-19 jest czasem trudnym, przepełnionym troską o nas samych i naszych bliskich.  Mamy nadzieję, że przeszliście Koleżeńtwo przez ten okres bez uszczerbku na zdrowiu. Jeśli jednak ktoś z Was, bądź Waszych bliskich doświadczył choroby COVID-19, informujemy o uruchomieniu w **Sanatorium Uzdrowiskowym ZNP  w Nałęczowie** **bezpłatnej rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 w 100 % finansowanej ze środków NFZ**.

Celem rehabilitacji, jest poprawa sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej, krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego.

Program leczenia gwarantuje od 2 do 6 tygodni kompleksowej rehabilitacji  po przebytej chorobie COVID-19, przy czym rozpoczęcie rehabilitacji następuje w terminie nie późniejszym niż w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID- 19.

Podstawą skorzystania z rehabilitacji jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia społecznego, (posiadającego podpisany kontrakt z NFZ, np. lekarz rodzinny, lekarz specjalista, lekarz prowadzący leczenie w szpitalu) po zakończonym leczeniu  w kierunku COVID-19. Skierowanie musi zawierać dane jak na załączonym wzorze. Wzór skierowania  można pobrać  z naszej strony internetowej pod adresem **www.znpnaleczow.pl**

Lekarz podejmuje decyzję o kwalifikacji pacjenta na rehabilitację na podstawie wyników kilku obowiązkowo wykonanych badań:

* RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby
* aktualna morfologia, OB, CRP (białko ostrej fazy)
* EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

Wyniki wyżej wymienionych badań, należy zabrać ze sobą na rehabilitację.

Program rehabilitacji ustalany jest indywidualnie dla każdego pacjenta.

Przez cały okres rehabilitacji pacjent jest pod opieką lekarską i pielęgniarską. Personel medyczny stałe kontroluje postępy w powrocie pacjenta do pełni sprawności po przebytej chorobie.

Kompleksowy program rehabilitacji pocovidowej obejmuje zabiegi, zaordynowane przez lekarza prowadzącego z poniższej listy:

1. kinezyterapia ze szczególnym uwzględnieniem treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, ćwiczeń ogólnousprawniających, ćwiczeń na wolnym powietrzu,
2. opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe (wg. wskazań lekarskich),
3. inhalacje indywidualne,
4. terenoterapia, treningi marszowe,
5. balneoterapia,
6. hydroterapia, fizykoterapia;
7. treningi relaksacyjne;
8. edukacja zdrowotna i promocja zdrowia,
9. wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących.

Rehabilitacja po przebytej chorobie COVID-19 finansowana jest w całość przez NFZ, jedynym kosztem, jaki ponosi osoba skierowana na rehabilitację jest koszt dojazdu do Sanatorium.

Skierowanie na rehabilitację wypełnione przez lekarza, pacjent może wysłać drogą elektroniczną (skan, zdjęcie) na adres email **recepcja@znpnaleczow.pl**, a oryginał zabrać ze sobą, przyjeżdżając do Sanatorium. Więcej informacji o naszym Sanatorium dostępnych jest na stronie internetowej: **www.znpnaleczow.pl**

**Dane naszego Sanatorium:**

 **NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe ZNP w Nałęczowie**

 **ul. Głowackiego 7,**

**24-140 Nałęczów**

**Telefon: 81-501-47-05**

**Email: recepcja@znpnaleczow.pl**



Celem rehabilitacji jest poprawa sprawno**ś**ci oddechowej, wydolno**ś**ci wysi**ł**kowej, kr**ąż**eniowej,  si**ł**y mi**ęś**niowej i ogólnej sprawno**ś**ci fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego.

Warunkiem skorzystania z turnusu jest:

…..1. przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia społecznego, np. lekarza rodzinnego lub specjalisty,
po zakończonym leczeniu w kierunku COVID-19,

.....2. wykonanie przed przyjazdem do sanatorium poniższych badań:

.. ..- badanie RTG klatki piersiowej z opisem po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, morfologia, OB, CRP,

.. ..- EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby

W ramach turnusu rehabilitacyjnego COVID-19 zapewniamy:

 - diagnostykę przeprowadzaną na początku i końcu leczenia (m.in.): test wysiłkowy

- spirometryczna ocena czynnościowa układu oddechowego   - całodobowa opieka pielęgniarska

- konsultacje psychologa

- indywidualnie opracowany program rehabilitacji uwzględniający:

Czas trwania rehabilitacji  wynosi od 2 do 6 tygodni
 - kinezyterapię (trening wytrzymałościowy, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia efektywnego kaszlu, .  ...ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia na wolnym powietrzu)

 - opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe

 - inhalacje indywidualne
 - terenoterapia, treningi marszowe

 - balneoterapia (np. kąpiele wodne, okłady borowinowe) - masaż

 - hydroterapia, fizykoterapia

 - treningi relaksacyjne

 - edukacja zdrowotna i promocja zdrowia

- wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących

  4 zabiegi  fizjoterapeutyczne  dziennie
**Pobyt rozpoczyna się o godz. 14.00, a kończy o godz. 10.00**

****

Skierowanie na rehabilitację stacjonarną po przebytej chorobie COVID-19

leczenie szpitalne w oddziale uzdrowiskowym sanatoryjnym (6500)

NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |
| --- |
| Miejsce rehabilitacji |
| PODMIOT  | Związek Nauczycielstwa Polskiego |
| NAZWA  | NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe ZNP – ZG |
| ADRES  | ul. Głowackiego 7 |
| TELEFON  | 81-501-47-05 |
| ADRES EMAIL  | recepcja@znpnaleczow.pl |

|  |
| --- |
| Placówka ochrony zdrowia wystawiająca skierowanie  (nazwa, adres, telefon kontaktowy/pieczątka): |
|  |

|  |
| --- |
| Dane osoby skierowanej na rehabilitację |
| IMIĘ I NAZWISKO: |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU: |
| TELEFON KONTAKTOWY:  |
| Rozpoznanie: |
| Stan po przechorowaniu COVID-19 (U07.1, U09, U10) Choroby współistniejące: Inne informacje: |
| Uzasadnienie (\*zakreślić właściwe): |
| Wskazana Rehabilitacja Stacjonarna po przebytej chorobie COVID-19 Data pozytywnego testu: ……………………………….. Data zakończenia leczenia: …………………..……………. Pobyt w szpitalu\* (Tak/Nie) od ……..….. do ……….…... Pobyt w izolatorium\* (Tak/Nie) od …….…….. do ……….…...  Wykonane badania\* (obowiązkowo przed wypisaniem skierowania): 1 RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, TAK / NIE 2 Aktualna morfologia, OB, CRP (białko ostrej fazy), TAK / NIE 3 EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby TAK / NIE Inne informacje: |
|  |

……..………..…………….…………………………………………………..

Data, Podpis, Pieczątka, Kierującego Lekarza Ubezpieczenia Społecznego