

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>REPUBLIKA E KOSOVËS</b><br/> <b>Republika Kosova – Republic of Kosovo</b><br/> <b>Qeveria – Vlada – Government</b><br/>         Shërbimi Spitalor Klinik dhe Universitarë i Kosovës (SHSKUK)<br/>         Universitetska Bolnička i Klinička Služba Kosova – Hospital and University Clinical Service<br/>         of Kosovo</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## FORMULARI I KËRKESËS

Telefoni \_\_\_\_\_  
 E-mail adresa \_\_\_\_\_

### TË DHËNAT GJENERALE PER PERSONIN PARAPLEGJIK/TETRAPEGJIK

Emri \_\_\_\_\_ (Emri i kujdestarit) \_\_\_\_\_ Mbiemri \_\_\_\_\_  
 Nr. Personal \_\_\_\_\_  
 Gjinia M ☐ F ☐ Data e lindjes \_\_\_\_\_  
 Adresa \_\_\_\_\_ Komuna \_\_\_\_\_  
 I/E punësuar PO ☐ JO ☐ Nëse PO (Organizata/Institucioni) \_\_\_\_\_  
 I/E vijon shkollën PO ☐ JO ☐ Nëse PO (Shkolla/Institucioni) \_\_\_\_\_

### AFTËSIA E KUFIZUAR – PATOLOGJIA

Diagnoza \_\_\_\_\_ Shifra   
Shkaku i aftësisë së kufizuar: Nga lindja ☐ Menjëherë pas lindjes ☐ Nga trashëgimia ☐ Nga sëmundja ☐  
 Nga aksidenti ☐ Nga lufta ☐

### PASOJAT TJERA PËRCJELLESE

\_\_\_\_\_

Plagët dekubitare, PO ☐ JO ☐ Inkontinencë PO ☐ JO ☐ Nëse po, plotëso si më poshtë

Kateter permanent nr. \_\_\_\_\_ Kateter Intermitent nr. \_\_\_\_\_ Penilex nr. \_\_\_\_\_ Urostom nr. \_\_\_\_\_

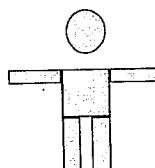
Inkontinencë, alvi, PO ☐ JO ☐ Nëse po, përshkruaj zgjidhjen Colostom nr. \_\_\_\_\_ Pampersa nr. \_\_\_\_\_ Të tjera \_\_\_\_\_

Epilepsia, PO ☐ JO ☐ Problemet tjera, përshkruaj \_\_\_\_\_

#### LËVIZSHMËRIA

| Vështirësi / Intensiteti    | Lehtë | Vështirë | Me ndihmë | Fare |
|-----------------------------|-------|----------|-----------|------|
| Lëvizja e këmbës së majtë   |       |          |           |      |
| Lëvizja e këmbës së djathtë |       |          |           |      |
| Qëndrimi ulur               |       |          |           |      |
| Qëndrimi në këmbë           |       |          |           |      |
| Lëvizja e dorës së majtë    |       |          |           |      |
| Lëvizja e dorës së djathtë  |       |          |           |      |

Pjesët e atakuara



| Niveli i Pavarësisë | E/I Pavarur | Pjesërisht | E/I Varur |
|---------------------|-------------|------------|-----------|
| Të ushqyerit        |             |            |           |
| Higjiena personale  |             |            |           |
| Veshmbathja         |             |            |           |

Lloji i objektit të banimit, Shtëpi ☐ Banesë ☐ Jeton në katin \_\_\_\_\_ Hyrja e përshtatshme, PO ☐ JO ☐

Ekziston Ashensori PO ☐ JO ☐ Tualeti/Banjo i përshtatshëm, PO ☐ JO ☐ Vozitë PO ☐ JO ☐

Çfarë lloji të transportit përdor \_\_\_\_\_

**PAJISJET QË KËRKOHEN**

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| *Pajisje për lëvizje:    | <input type="checkbox"/> |
| *Pajisje për asistim:    | <input type="checkbox"/> |
| *Pajisje për parandalim: | <input type="checkbox"/> |
| Të tjera:                | <input type="checkbox"/> |

Nënshkrimi i personit/familjarit \_\_\_\_\_

Nënshkrimi i zyrtarit \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**\*Pajisje ndihmëse për lëvizje** - është një pajisje e dizajnuar për të ndihmuar në ecje/lëvizje ose për të lehtësuar lëvizjen e personave që kanë dëmtime dhe /ose pa mundësi të lëvizshmërisë.

**\*Pajisje ndihmëse për parandalim** - janë pajisje që shërbejnë për parandalimin e keqësimit të gjendjes shëndetësore të personave të cilët për shkak të Afësisë së kufizuar nuk mund të lëvizin, dhe/ose lëvizin me vështirësi.

**\*Pajisje ndihmëse për asistim** - janë mjete ndihmëse, që përfshijn pajisje ndihmëse adaptuese dhe rehabilituese për personat paraplegjik dhe tetraplegjik, përfshirë procesin në zgjedhjen, gjetjen dhe përdorimin e tyre, me qëllim të përmirësimit të gjendjes së tyre jetësore.