



KARTA PACJENTA NR 1

**„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób
narządu ruchu”**

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

1. Wywiad i badanie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

2. Wyniki testów zgodnych z klasyfikacją ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej

Nazwa testu	Wynik testu	Uwagi
Otto	cm	
Schobera	cm	
Zakresy ruchu		
Up and Go (3m)	sek	
Lasequ'a/ Sotto/Halla		
Slump Test/De Kleyn		

UWAGI (Przebyte urazy, operacje itp.):

.....

.....

.....

TEST 1. Zmiana pozycji leżenia tyłem do leżenia na boku (d4100)

Zmiana z pozycji leżenia tyłem do leżenia na boku jest możliwa do wykonania.



Strona prawa:
TAK/NIE

Strona lewa:
TAK/NIE

Czas przejścia z leżenia tyłem do leżenia na boku :

.....seksek

Poziom bólu w skali(0-10)

.....

Poziom lęku w skali(0-10)

.....

Poziom trudności w skali(0-10)

.....

TEST 2. Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej(d4100)

Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej możliwe do wykonania przez stronę

Strona prawa:

Strona lewa:

TAK/ NIE

TAK/NIE

Czas przejścia z leżenia tyłem do pozycji siedzącej :

.....seksek

Poziom bólu w skali(0-10)

.....

Poziom lęku w skali(0-10)

.....

Poziom trudności w skali(0-10)

.....

TEST 3. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej I: (balansowanie środkiem ciężkości ciała d4106)

Wykonywanie wychylenia tułowia z pozycji siedzącej jest możliwe do wykonywania TAK/NIE

Odległość opuszki palca trzeciego ręki od punktu startowegocm.

Poziom bólu w skali(0-10)

.....

Poziom lęku w skali(0-10)

.....

Poziom trudności w skali(0-10)

.....

Kod ICF:

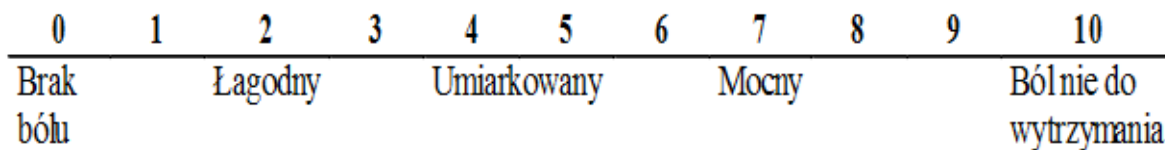
Kod ICF:

Kod ICF:

Kod ICF:



3. Dolegliwości bólowe wg skali VAS



4. Pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii, w tym WHtR

WHtR

talía cm:

biodra cm:

(talía w cm : biodra w cm)

5. BMI

kg:

m:

(kg/m²)

6. Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ) oraz test wiedzy- ankieta w załączniku

Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie:

TAK	
NIE	

Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych) – wg ICD-11

.....

.....

.....

.....

Zabiegi zlecone w ramach Programu:

1.....

.....

.....

.....

2.

.....

.....

.....

3.

.....

.....

.....



4.

.....

.....

5.

.....

.....

Czerwone lub żółte flagi:

CZERWONE FLAGI

Choroba nowotworowa w przeszłości	
Nagła utrata masy ciała, bez uchwytniej (definiowanej) przyczyny	
Narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytniej przyczyny	
Gorączka lub stan podgorączkowy	
Ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytniej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności	
Ból spoczynkowy często opisywany jako pulsujący	
Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny	
Niezdiagnozowany uraz w wywiadzie	
Świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy	
Nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa	
Zaburzenia napięcia mięśniowego- obniżenia lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchownego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/cztero kończynowa bez wyjaśnionej przyczyny	
Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny	
Zaburzenia równowagi i krótkotrwałe utraty świadomości	
Nagłe lub świeżo pojawiające opadanie kącika ust, problemy z mówieniem	
Pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolice jamy brzusznej lub zamostkowej	
Tętno spoczynkowe powyżej 100 ud./min. I mniej niż 50	
Ciśnienie tętnicze krwi powyżej 160/95	
Ciśnienie tętnicze poniżej 90/50	

ŻÓŁTE FLAGI

Brak wiary w poprawę	
Niestabilność emocjonalna, labilność nastroju	
Opóźniony powrót do pracy i brak motywacji do jej podjęcia	
Brak kontroli nad problemem stawianym jako cel terapii	
Strach, obawa, poczucie lęku	



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Depresja, inne zaburzenia psychiczne	
Silny czynnik stresu i/lub izolacja społeczna	

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis lekarza