



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 łęku 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 łęku 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 łęku w skali(0-10)

.....

Poziom trudności w skali(0-10)

.....

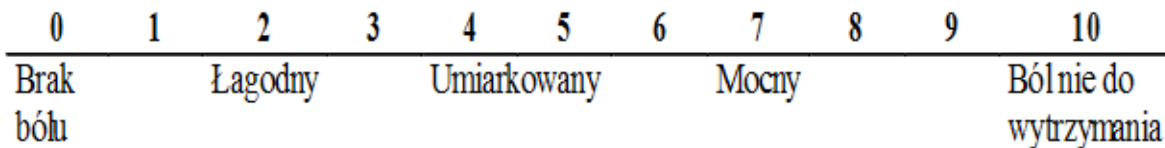
Kod ICF:

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

talia cm:

biodra cm:

(talia 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	

ŻÓLTE 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	



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

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis lekarza