

Załącznik nr 6 do Regulaminu

**KARTA PACJENTA NR 2**

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

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Nr telefonu: .....

**Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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 Kleyen		

**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:

Strona lewa:

TAK/NIE

TAK/NIE

Czas przejścia z leżenia tyłem do leżenia na boku :

.....sek

.....sek

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 :

.....sek

.....sek

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 startowego .....cm.

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: .....

### Dolegliwości bólowe wg skali VAS

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brak bólu		Łagodny		Umiarkowany			Mocny			Ból nie do wytrzymania

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

WHtR .....

talía cm: .....

biodra cm: .....

(talía w cm : biodra w cm)

BMI .....

kg: .....

m: .....

(kg/m<sup>2</sup>)

### Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ) oraz test wiedzy – ankieta w załączniku

#### Zalecenia:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
podpis lekarza