

Форма огляду пацієнта з ампутацією



ПІБ	_____	ВІК:	_____	Причина ампутації <input type="checkbox"/> травма <input type="checkbox"/> тромбоз глибоких вен <input type="checkbox"/> онкологія <input type="checkbox"/> інфекція <input type="checkbox"/> цукровий діабет <input type="checkbox"/> інші
Дата поступлення	_____			
Адреса	_____			
Контакти	_____			
Діагноз основний	_____			
Дата ампутації	_____			
Супутні	_____			
Цілі реабілітації	_____			Алергії:

Сімейний стан

Професія/освіта/робота/хоббі

Умови проживання (будинок, квартира, ліфт, пандуси, сходи, перешкоди тощо)

Ампутація кінцівки	Права	Ліва	Рівень	
верхні				
нижні				
Оцінка болю за ВАШ	Дата_____	Дата_____	Дата_____	Дата_____
Кукса				
Фантомний біль				
Інші				
Медикаменти				
Довжина кукси				
Обсяг кукси	Дата_____	Дата_____	Дата_____	Дата_____
Сила м'язів нижніх кінцівок	Права		Ліва	
Згинання стегна				
Розгинання стегна				
Приведення				
Відведення				
Згинання коліна				
Розгинання коліна				
Тильна згинання стопи				
Підошовне згинання				

Сила м'язів верхніх кінцівок	Права		Ліва	
Згинання				
Розгинання				
Відведення				
Приведення				
Згинання передпліччя				
Розгинання передпліччя				
Супінація кисті				
Пронація кисті				
Амплітуда рухів (А-активні, П - пасивні)	Дата_____		Дати_____	
	Права	Ліва	Права	Ліва
Кульшовий згинання/розгинання Відведення/приведення				
Колінний згинання/розгинання				
Гомілково-ступневий Тильна флексія/підшовне згинання				
Плечовий згинання/розгинання Відведення/приведення				
Ліктьовий згинання/розгинання				
Променево-зап'ясний Супінація/пронація				
Порушення зору				
Порушення слуху				
Шкідливі звички				
Ризик падінь				
Мобільність				
Результати спеціального оцінювання	Дата_____	Дата_____	Дата_____	Дата_____
АМРnoPRO/АМРPRO				
Рівновага				
Інші				
Дата_____ Підпис_____ ПІБ лікаря_____				

