

1. Информация о человеке

Имя:		Фамилия:	
Пол:	Муж. <input type="checkbox"/>	Жен. <input type="checkbox"/>	Другое <input type="checkbox"/>
Возраст:	0-5 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	19-39 <input type="checkbox"/>
40-54 <input type="checkbox"/>	55+ <input type="checkbox"/>		
Телефон:		Адрес:	

2. Простая проверка передвижения и риска для здоровья

Задайте следующие вопросы			
Потеря подвижности	Ваша подвижность сильно снизилась за последние три месяца?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Передвижение детей	Ребёнку два года и больше и не может ходить?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Риск падения	Вы беспокоитесь о падении, или вы падали более одного раза за последний год?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Пролежень	У вас есть пролежень на вашем теле (например, бедра, ягодицы, спина)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Риск раны на стопе	Было ли у вас:	Рана стопы <input type="checkbox"/>	Ампутация <input type="checkbox"/>
	У вас есть:	Рана, травма или отёк стопы <input type="checkbox"/>	Диабет <input type="checkbox"/>
	Вы:	Курите <input type="checkbox"/>	Спиртное употребляете (много) <input type="checkbox"/>

Направление в службу здравоохранения

Направление в службу реабилитации

Предоставить вспомогательный средство

Направление в службу реабилитации

Посоветуйте избегать давление на рану и направьте на мед. обслуживание по уходу за ранами

Если есть Далее проведите осмотр ног

Проверьте, регулярно ли человек посещает мед. учреждение

Направь

3. Осмотр ног (заполнить, если человек ответит «да» на любой вопрос о риске раны на стопе)

Внимательно посмотрите на верхнюю и нижнюю части стоп человека и между пальцами ног.			
Были ли у человека раньше:	Рана стопы <input type="checkbox"/>	Ампутация пальца, стопы или ноги <input type="checkbox"/>	Если есть <input type="checkbox"/> Признак высокого риска <input type="checkbox"/>
Есть ли у человека сейчас:	Рана или травма пальца, ступни или ноги <input type="checkbox"/>		
Либо ступня:	Красный <input type="checkbox"/>	Горячий <input type="checkbox"/>	Опухший <input type="checkbox"/>
Вы видите какие-нибудь:	Проблемы с кожей / ногтями <input type="checkbox"/>	Необычная форма стопы / пальцев ног <input type="checkbox"/>	Признак риска <input type="checkbox"/>
Проверка кровообращения			
Вы видите признаки слабого кровообращения:	Отёк лодыжки или стопы <input type="checkbox"/>	Холодная или бледная стопа <input type="checkbox"/>	Нет волос на ступнях и пальцах ног <input type="checkbox"/>
Спросите: Вы чувствуете боль в задней части ног?	Ночью <input type="checkbox"/>	При ходьбе менее 200 метров <input type="checkbox"/>	
Проверка пульса	Левая нога: Верхняя часть <input type="checkbox"/>	Правая нога: Верхняя часть <input type="checkbox"/>	Нет пульса <input type="checkbox"/> Признак риска <input type="checkbox"/>
	Лодыжка <input type="checkbox"/>	Лодыжка <input type="checkbox"/>	
Проверка наполнение кровью: Плотно надавите на конец каждого большого пальца ноги. Подсчитайте секунды, пока палец ноги не вернётся (наполнится) до нормального цвета.	Refill less than 3 secs <input type="checkbox"/>		Признак риска <input type="checkbox"/>
	Refill more than 3 secs <input type="checkbox"/>		
Проверка чувствительности (ощущения)			
Спросите: Есть ли у вас необычные ощущения или боль в ступнях или пальцах ног?	Да <input type="checkbox"/>		Признак риска <input type="checkbox"/>
Проверка чувствительности: С закрытыми глазами - коснуться кончики пальцев ног 1, 3 и 5, переключившись на вторую ногу после каждого прикосновения. ✓ Поставить галочку на пальцы, которые чувствуют ✗ Поставить крестик на пальцы, которые чувствуют	<p>Правая нога</p>		<p>Левая нога</p>

Рекомендуется направление

Пишите здесь заметки

Обобщите риск раны на ноге (подсчитайте количество отмеченных признаков риска и высокого риска)			
Количество отмеченных признаков риска		Уровень риска раны на ноге	
Риск	Высокий риск		
0 или 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Низкий <input type="checkbox"/>	→ Расскажите о подходящей обуви → Научите ухаживать за ногами
2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Умеренный <input type="checkbox"/>	→ Научите ухаживать за ногами → Оценка для терапевтической обуви и / или
3+ <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Высокий <input type="checkbox"/>	☞ Направьте в мед. службу или в клинику по лечению ран ног.

4. Простые вопросы касательно вспомогательного средства для ходьбы

Вспомогательное средство для ходьбы и/или инвалидная коляска	
Вы можете стоять и ходить?	Да, без труда <input type="checkbox"/> Никаких действий
	Да, с помощью <input type="checkbox"/> Если есть → Оценка на средства для ходьбы и обсудите
	Да, только на короткие расстояния <input type="checkbox"/> ☞ Направить на оценку для оценки инвалидной коляски
	Да, только на одной ноге <input type="checkbox"/>
Нет, совсем не могу ходить <input type="checkbox"/>	☞ Направить на оценку для оценки инвалидной коляски
Переносной пандус (только для людей, использующих инвалидную коляску, колёсные ходунки, ходунки)	
Вы регулярно поднимаетесь или спускаетесь по лестнице и / или садитесь и выходите из машины?	Да <input type="checkbox"/> → Переносной пандус может помочь Нет <input type="checkbox"/>
Поручень (например, в спальне, туалете, ванной или рядом со ступеньками)	
Вам трудно передвигаться по дому, сохранять равновесие, сидеть, вставать или двигаться в постели?	Да <input type="checkbox"/> → Поручни могут помочь Нет <input type="checkbox"/>
Доска для пересадки (например, чтобы перебраться на кровать, туалет, диван или в машину и встать с неё)	
У вас есть трудности с перемещением тела из одного места в другое?	Да <input type="checkbox"/> → Доска для пересадки может помочь Нет <input type="checkbox"/>
Протез стопы или ноги (для людей с ампутацией ноги или стопы)	
Вы пользуетесь протезом?	Да <input type="checkbox"/> → Проверить протез ☞ обратитесь в службу протезирования, если возникнут проблемы Нет <input type="checkbox"/> → Обсудите, нужно ли направление в протезную службу.

5. Другие вспомогательные устройства

У вас есть трудности с:	Зрение <input type="checkbox"/>	Коммуникация <input type="checkbox"/>	Если есть → Может понадобиться другие вспомогательные средства и/или ☞ направление в другие службы
	Слух <input type="checkbox"/>	Восприятие (мышление / память) <input type="checkbox"/>	
	Уход за собой <input type="checkbox"/>		

6. План

Проверка:	Зрения <input type="checkbox"/>	Слуха <input type="checkbox"/>	Уход за собой <input type="checkbox"/>	Коммуникация <input type="checkbox"/>	Восприятие <input type="checkbox"/>
Оценка:	Средство для ходьбы <input type="checkbox"/>	Переносной пандус <input type="checkbox"/>	Поручни в доме <input type="checkbox"/>		
	Доска для пересадки <input type="checkbox"/>	Лечебная обувь <input type="checkbox"/>			
Научить:	Как ухаживать за ногами <input type="checkbox"/>	Носить подходящую обувь <input type="checkbox"/>			
Направить в другую службу для:	медицинский уход <input type="checkbox"/>	Реабилитация <input type="checkbox"/>	Инвалидная коляска <input type="checkbox"/>		
	Уход за диабетом <input type="checkbox"/>	Клиника ран стопы <input type="checkbox"/>	обзор или оценка протеза <input type="checkbox"/>		
	Уход за раной <input type="checkbox"/>	Другое: <input type="text"/>			
Последующее наблюдение:	1-3 месяцев <input type="checkbox"/>	6 месяцев <input type="checkbox"/>	12 месяцев <input type="checkbox"/>	Дата последующего наблюдения: <input type="text"/>	
					<input type="text"/>

☞ Рекомендуется направление

Пишите здесь заметки