

1. Інформація про особу

Ім'я:		Прізвище:	
Стать:	чол ☐ жін ☐ інше ☐	Вік:	0-5 ☐ 6-18 ☐ 19-39 ☐ 40-54 ☐ 55+ ☐
Телефон:		Адреса:	

2. Проста перевірка мобільності та стану здоров'я

Задайте наступні питання			
Втрата мобільн.	Чи зменшилася ваша мобільність суттєво за останні 3 місяці?	Так ☐ Направити до медичної служби	Ні ☐
Мобільн. дітей	Дитина старше 2 років і не може ходити?	Так ☐ Направити на реабілітацію	Ні ☐
Ризик падіння	Чи переймаєтесь ви щодо падіння або чи падали більше 1 разу за минулий рік?	Так ☐ Надати допоміжні засоби Направити на реабілітацію	Ні ☐
Пролежні	Чи є у вас пролежні на тілі (скажімо на стегнах, сідницях, спині)?	Так ☐ Порадити уникати тиску на рану та направити до медичної служби для лікування	Ні ☐
Ризик травми стопи	Чи було у вас: Рана стопи ☐ Ампутація ☐ Чи є у вас: Рана, травма, набряк стопи ☐ Діабет ☐ Проказа ☐ Хвороба серця ☐ Тоді перевірити, чи особа відвідує лікаря. Якщо ні направити. Чи ви: Палите ☐ Вживаєте алкоголь ☐ Часто ходите босоніж ☐	Тоді Заповніть форму обстеження далі	

3. Обстеження стоп (заповніть, якщо особа відповіла ТАК на питання щодо ризику чи травми стоп)

Уважно огляньте верхню та нижню частину стоп і між пальцями			
Чи було раніше:	Рана стопи ☐ Ампутація пальця, стопи, ноги ☐	Тоді Ознака високого ризику ☐	
Чи є зараз:	Рана/травма пальця, стопи, ноги ☐		
Чи стопа (будь-яка):	Почервоніла ☐ Гаряча на дотик ☐ Набрякла ☐		
Чи видимі проблеми:	Шкіри чи нігтів ☐ Незвичайна форма стоп/пальців ☐	Ризик ☐	
Перевірка кровотоку			
Чи видно ознаки зменшення кровотоку:	Набряк стопи/лїтки ☐ Холодні чи блїдї стопи ☐	Немає волосся на стопах/пальцях ☐	Тоді Ризик ☐
Запитайте: чи відчуваєте біль у задній частині нїг?	Вночі ☐ При ходьбї понад 200 метрів ☐		
Перевірка пульсу	Лїва стопа: ПВ ☐ ПГС ☐	Права стопа: ПВ ☐ ПГС ☐	Нема пульсу Ризик ☐
Перевірка наповнення капїлярїв: сїльно натиснути кїнець кожного великого пальця і порахувати секунди до повернення (повторного наповнення) до звичного кольору.		Менше 3 секунд ☐ Більше 3 секунд ☐	Ризик ☐
Перевірка чутливостї (вїдчуття)			
Запитайте: Чи є якї незвичнї вїдчуття або бїль у стопах чи пальцях?			Так ☐ Ризик ☐
Перевірка чутливостї: Особа має закрити очї - доторкнїться до пальцїв 1, 3 і 5, по черговому на обох стопах. позначте пальцї, що вїдчувають викреслїть пальцї, що не вїдчувають	 Права стопа Лїва стопа		Якщо не вїдчуває 2 чи бїльше Ризик ☐

Рекомендовано направлення

Місце для примїток

Підсумуйте ризик виникнення рани стопи цієї особи (сума позначок ризику та високого ризику)			
Кількість ознак ризику		Ступінь ризику виникнення рани стопи	
Ризик	Високий ризик		
0 чи 1 ☐	0 ☐	Низький ☐	☐ Навчити, як підбирати взуття ☐ Навчити, як доглядати за стопами
2 ☐	0 ☐	Середній ☐	☐ Навчити, як доглядати за стопами ☐ Визначити потребу в терапевтичному взутті та/або
3+ ☐	1 ☐	Високий ☐	☒ Направити до медичної служби чи закладу допомоги

4. Опитування щодо допоміжних засобів для мобільності

Засіб для ходьби чи крісло колісне		
Чи можете ви стояти та ходити?	Так, без труднощів ☐	Жодних дій не потрібно
	Так, з допомогою ☐	Тоді ☐ → визначити допоміжний засіб і обговорити ☒ направлення для оцінки потреби крісла колісного
	Так, лише короткі відстані ☐	
	Так, лише на одній нозі ☐	
	Ні, не можу ходити зовсім ☐	☒ Направити для оцінки потреби крісла колісного
Портативний пандус (для тих, хто користується кріслом колісним, ходунками, рамкою для ходьби)		
Чи потрібно вам регулярно підніматись/спускатись сходами та/або заходити/виходити з авто?	Так ☐ → Портативний пандус може бути корисний ☐	
Поручні (наприклад у спальні, ванній кімнаті, туалеті чи біля сходів)		
Чи складно вам обходитись по дому, щоб лягати, тримати рівновагу, вставати, сідати чи рухатись?	Так ☐ → Поручні можуть бути корисними ☐	
Дошка для переміщення (наприклад, переміщення до/з ліжка, туалету, дивану, авто)		
Чи складно вам переміщати власне тіло з одного місця до іншого?	Так ☐ → Дошка для переміщення може бути корисною ☐	
Протез стопи чи ноги (для осіб із ампутацією стопи чи ноги)		
Чи користуєтесь ви протезом?	Так ☐ → Перевірити / ☒ направити до служби протезування за потреби Ні ☐ → Обговорити направлення до служби протезування за потреби	

5. Інші допоміжні засоби

Чи є у вас труднощі щодо наступного:	Зір ☐	Слух ☐	Самообслуговування ☐	Тоді ☐ → потрібні інші допоміжні засоби та/або ☒ направлення до інших служб
	Комунікація ☐	Когніція (мислення / пам'ять) ☐		

6. План

Обстеження:	Зір ☐	Слух ☐	Самообслуг. ☐	Комунікація ☐	Когніція ☐
Оцінка потреб у доп. засобах:	Рамка для ходьби ☐	Портативні рампи ☐	Поручні для дому ☐		
	Дошки ☐	Терапевтичне взуття ☐			
Навчання:	Догляд за стопами ☐		Підбір належного взуття ☐		
Направлення до інших служб для:	Лікування ☐	Обробки рани ☐	Реабілітації ☐	Крісла колісного ☐	
	Лікування діабету ☐	Ортопедичної допомоги ☐	Протезування (огляд/обстеження) ☐		
	Інше:				
Наступний огляд через:	1-3 місяці ☐	6 місяців ☐	12 місяців ☐	Дата наступного огляду:	
☒ Рекомендовано направлення Місце для приміток					

