

1. Інформація про особу

Ім'я:		Прізвище:		Вік:	0-5 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	19-39 <input type="checkbox"/>	40-54 <input type="checkbox"/>	55+ <input type="checkbox"/>
Стать:	чол <input type="checkbox"/> жін <input type="checkbox"/> інше <input type="checkbox"/>			Вік:					
Телефон:		Адреса:							

2. Діагностичне опитування

Відомі проблеми зі здоров'ям	
Діабет <input type="checkbox"/> Поліо <input type="checkbox"/> Перелом <input type="checkbox"/> Інсульт <input type="checkbox"/> Кволість <input type="checkbox"/> Ампутація стопи/ноги <input type="checkbox"/> Невідомо <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/>	
Фізична активність і здатність	
Чи відчуваєте ви біль, слабкість чи дискомфорт при стоянні чи ходьбі? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
Перенесення ваги Чи ходите ви з використанням обох ніг?	Двома Однією: → Ліва <input type="checkbox"/> Права <input type="checkbox"/> Сильніша нога: → Ліва <input type="checkbox"/> Права <input type="checkbox"/>
Верхня частина тіла Чи використовуєте ви обидві руки?	Так, дві → Чи легко вам брати та тримати речі? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Чи легко вам переносити речі? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
	Лише одну → Ліва <input type="checkbox"/> Права <input type="checkbox"/>
Ризик падіння	Чи переймаєтесь ви щодо падіння/падаєте часто? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
Середовище	Чи хотіли б ви користуватися засобом на: Піщаний/нерівній поверхні <input type="checkbox"/> Сходах <input type="checkbox"/>
Примітки:	
Для людей, які вже користуються допоміжним засобом для ходьби	
Тип допоміжного засобу для ходьби	Тростина <input type="checkbox"/> Милиці ліктьові <input type="checkbox"/> Милиці пахвові <input type="checkbox"/> Рамка для ходьби <input type="checkbox"/> Ходунки колісні <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/>
Чи відповідає допоміжний засіб вашим потребам? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
Чи правильно ваш допоміжний засіб налаштований? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
Чи перебуває ваш допоміжний засіб у робочому стані? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
Додаткова інформація, потрібна для користування допоміжним засобом для ходьби –	
Чи маєте ви:	Рану стопи зараз <input type="checkbox"/> Загоєну рану стопи <input type="checkbox"/> Протез <input type="checkbox"/> Проблеми відчуття (чутливості): Руки <input type="checkbox"/> Ноги <input type="checkbox"/> Проблеми зору чи слуху <input type="checkbox"/> Складнощі запам'ятовування <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/>
Чи сильніша у вас одна сторона тіла за іншу? → Ліва <input type="checkbox"/> Права <input type="checkbox"/>	

3. План

Залишити цей допоміжний засіб	Так, без подальших дій <input type="checkbox"/> Так, налаштувати <input type="checkbox"/> Так, ремонтувати <input type="checkbox"/>
Надати новий допоміжний засіб для ходьби	Палиці: Парні <input type="checkbox"/> Одинарні <input type="checkbox"/> Милиці ліктьові: Парні <input type="checkbox"/> Одинарні <input type="checkbox"/> Милиці пахвові: Парні <input type="checkbox"/> Рамка для ходьби <input type="checkbox"/> Ходунки <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/>
Навчання мобільності	Вставати/сідати <input type="checkbox"/> Ходьба <input type="checkbox"/> Сходи <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/>
Направлення до інших служб для надання:	Крісло колісне <input type="checkbox"/> Реабілітація <input type="checkbox"/> Протез/ортез <input type="checkbox"/> Мед. Допомога <input type="checkbox"/> Лікування діабету <input type="checkbox"/> Інше: _____
	Наступний огляд (дата)

Рекомендовано направлення Місце для приміток

Крок 1: Вибір Завжди обирайте допоміжний засіб для ходьби разом з особою, враховуючи стан здоров'я, спроможності, життєве середовище та вподобання.		Менше підтримки → Більше підтримки						
		Палиця для ходьби	Парні палиці для ходьби	Милиці ліктьові	Милиці пахвові	Ходунки	Рамка для ходьби	
Перенесення ваги	Може ходити лише однією ногою	✗	✗	✓	✓	✗	✓ Обережно	
	Може ходити обома ногами	✓	✓	✓ Для тривалого використання	✓ Лише за браком інших	✓	✓	
Функція рук	Може використовувати лише одну руку	✓	✗	✗	✗	✗	✗	
	Може легко брати та тримати речі обома руками	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Може використовувати обидві руки, але не брати та тримати	Якщо особі складно брати та тримати речі, можливо, доведеться спробувати різні доступні допоміжні засоби для ходьби, щоб визначити, яким із них легше користуватися.						
Рівновага та ризик падіння	Переймається щодо падіння чи падає часто	✗	✓ Обережно	✗	✗	✓	✓	
Життєве середовище	Використовуватиме допоміжний засіб для ходьби на сходах	✓	✓	✓	✓	✗	✗	
	Використовуватиме допоміжний засіб для ходьби на нерівній поверхні	✓	✓	✓	✓	✗	✗	
Крок 2: Налаштування	<ul style="list-style-type: none"> • Стати рівно • Лікті злегка зігнути • Руків'я на рівні зап'ястка 							
Палиці для ходьби Палицями одно-точкової опори легше користуватися на нерівній поверхні, ніж палицями 3/4-точкової опори. Палиці 3/4-точкової опори більш стійкі на рівній поверхні.		Милиці Для використання ліктьових милиць, потрібно більше рівноваги, ніж для пахвових. Ліктьові милиці кращі для тривалого використання, ніж пахвові, а також для осіб, які можуть ходити на обох ногах.		Рамка для ходьби – перенесення ваги на одну ногу Якщо у людини цукровий діабет або ризик рани стопи, то слід уникати стрибків із рамкою для ходьби. Стрибки на нозі з підвищеним ризиком можуть завдати шкоди.				