

1. معلومات عن الشخص

الاسم الأول:	اسم العائلة:	الوزن:
نوع الجنس:	السن:	55 + <input type="checkbox"/> 54 -40 <input type="checkbox"/> 39 -19 <input type="checkbox"/> 18 -6 <input type="checkbox"/> 5 -0 <input type="checkbox"/>
الهاتف:	العنوان:	
جهة اتصال أخرى:	الاسم:	الهاتف:

2. مقابلة التقييم

المشاكل الصحية المعروفة	
إصابة مؤقتة: كسر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> بئر القدم/ الساق <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> إصابة النخاع <input type="checkbox"/> إصابة دماغية رضحية <input type="checkbox"/> سكتة <input type="checkbox"/> شلل دماغي <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>	
القدرة على المشي	
هل أنت قادر على المشي؟	نعم <input type="checkbox"/> ← اشرح السؤال التالي. لا <input type="checkbox"/> ← وقر كرسيًا متحركًا.
هل تمشي باستخدام أحد مُعينات المشي، وتجد صعوبة في المشي لمسافات طويلة؟	نعم <input type="checkbox"/> ← وقر كرسيًا متحركًا.
نوع استخدام الكرسي المتحرك	
إذا كنت غير قادر على المشي أو تواجه صعوبة في المشي، فهل هذا:	على المدى القصير <input type="checkbox"/> ← كرسي متحرك بصفة مؤقتة على المدى الطويل <input type="checkbox"/> ← كرسي متحرك على المدى الطويل
البيئة	
التنقل	هل ترغب في استخدام كرسيك المتحرك؟
هل أنت قادر على المشي؟	داخل منزلك <input type="checkbox"/> في أنحاء مجتمعك المحلي <input type="checkbox"/>
الانتقال	هل أنت قادر على المشي؟
هل أنت قادر على المشي؟	السريير <input type="checkbox"/> المرحاض/ مكان الاستحمام/ الحمام <input type="checkbox"/> السيارة <input type="checkbox"/>
بالنسبة للأشخاص الذين لديهم بالفعل كرسي متحرك	
هل الكرسي المتحرك مناسب لك ولاحتياجاتك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل الكرسي المتحرك مُجهز بشكل صحيح؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل الكرسي المتحرك بحالة جيدة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

3. فحص بسيط للصحة والقدرة على الجلوس

الجروح الناجمة عن ضغط الوضعية	نعم	لا
هل أصيب أي جزء من جسمك بجرح ناجم عن ضغط الوضعية (مثل الوركين، والأرداف، والظهر)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني فقدان الشعور (الإحساس) في الأرداف، والفخذين، والظهر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تجد صعوبة في رفع وزن مؤخرتك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أصبت بجرح ناجم عن ضغط الوضعية في الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التسريبات	نعم	لا

هل تعاني تسريبات بول أو براز؟	<input type="checkbox"/>	يُرجى الإحالة إلى تقييم التحكم في المثانة وحركة الأمعاء، والنظر في توفير وسادة ثانية.	<input type="checkbox"/>	← مواصلة
-------------------------------	--------------------------	---	--------------------------	----------

دعامة الساقين		نعم	لا
هل تحتاج إلى دعامة للساقين من أجل:	التخفيف من تورُّم الساق/ الساقين (بعد الإصابة)؟	<input type="checkbox"/>	← مواصلة
	الحد من ثني الركبة (بعد الإصابة)؟	<input type="checkbox"/>	
	الحفاظ على استقامة الجزء الخلفي للركبة بعد إجراء بثُر أسفل الركبة؟	<input type="checkbox"/>	

اختيار الكرسي المتحرك  
اعرض الكراسي المتحركة المتاحة، ووضِّح كلاً منها. وتحقَّق من عرض المقعد للتأكد من مقاسه.

القدرة على الجلوس في وضع مستقيم	
هل تشعر بالأمان وأنت جالس دون دعم إضافي؟	نعم <input type="checkbox"/> وقر كرسيًا متحركًا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا توفر كرسيًا متحركًا. متابعة بشأن أولوية توفير المقعد الداعم.

#### 4. التخطيط

توفير كرسي متحرك:	موقت <input type="checkbox"/>	عرض المقعد:	عمق المقعد:	وضعية العجلات الخلفية:	ارتفاع مسند الظهر:	حد الوزن:
على المدى الطويل <input type="checkbox"/>	عرض المقعد: وسادة راحة <input type="checkbox"/>	عمق المقعد: رافع الساق: الساق اليسرى <input type="checkbox"/> الساق اليمنى <input type="checkbox"/> لوح الجذع: الجذع الأيسر <input type="checkbox"/> الجذع الأيمن <input type="checkbox"/>	وضعية العجلات الخلفية: أمانة <input type="checkbox"/> نشطة <input type="checkbox"/>	ارتفاع مسند الظهر: مرتفع <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/>	حد الوزن:	
من غير الأمن توفير كرسي <input type="checkbox"/>	خيارات اختيار الكرسي المتحرك:	سادة راحة <input type="checkbox"/>	ضبط ارتفاع السرير/ الكرسي <input type="checkbox"/>	العناية بالجلد <input type="checkbox"/>	دفع الكرسي المتحرك <input type="checkbox"/>	
	التعليم: يُرجى الإحالة إلى نشرة مستخدمي الكراسي المتحركة في حالات الطوارئ.	الانتقال <input type="checkbox"/>	الاعتناء بالكرسي المتحرك وصيانته <input type="checkbox"/>	الانتقال <input type="checkbox"/>	لوح الانتقال <input type="checkbox"/>	
	البيئة: إذا كان الشخص يواجه صعوبة في الوصول إلى الكرسي المتحرك أو الانتقال منه أو إليه.	غير ذلك: <input type="checkbox"/>	كرسي المراوض/ الاستحمام <input type="checkbox"/>	مقبض إمساك <input type="checkbox"/>	ممنوع حمل <input type="checkbox"/>	
	الإحالة إلى:	العناية بالجروح <input type="checkbox"/>	تقييم التحكم في المثانة وحركة الأمعاء <input type="checkbox"/>	المنتجات المساعدة الأخرى <input type="checkbox"/>	خدمة إعادة التأهيل <input type="checkbox"/>	
	المتابعة:	المتابعة ذات الأولوية <input type="checkbox"/>	الإحالة إلى: <input type="checkbox"/>	التغيير المخطط له للعنوان: <input type="checkbox"/>	تاريخ المتابعة: <input type="checkbox"/>	