

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	داخل منزلك <input type="checkbox"/> هل ترغب في استخدام كرسيك المتحرك: في أنحاء مجتمعك المحلي <input type="checkbox"/>
الانتقال	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:
توفير كرسي متحرك:	على المدى الطويل <input type="checkbox"/> من غير الأمان توفير كرسي <input type="checkbox"/>	وسادة راحة <input type="checkbox"/>	وسادة تخفيف الضغط: وسادة واحدة <input type="checkbox"/> وسادتان <input type="checkbox"/>	أمنة <input type="checkbox"/> نشطة <input type="checkbox"/>	مرتفع <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/>	
خيارات اختيار الكرسي المتحرك:		رافع الساق: الساق اليسرى <input type="checkbox"/> الساق اليمنى <input type="checkbox"/> لوح الجذع: الجذع الأيسر <input type="checkbox"/> الجذع الأيمن <input type="checkbox"/>				
التعليم: يُرجى الإحالة إلى نشرة مستخدمي الكراسي المتحركة في حالات الطوارئ.		التعامل مع الكرسي المتحرك <input type="checkbox"/> العناية بالجلد <input type="checkbox"/> دفع الكرسي المتحرك <input type="checkbox"/>		الاتعتاء بالكرسي المتحرك وصيانته <input type="checkbox"/>		
البيئة: إذا كان الشخص يواجه صعوبة في الوصول إلى الكرسي المتحرك أو الانتقال منه أو إليه.		ضبط ارتفاع السرير/ الكرسي <input type="checkbox"/> كرسي المراوض/ الاستحمام <input type="checkbox"/> غير ذلك: <input type="checkbox"/>		منحدر محمول <input type="checkbox"/> مقبض إمساك <input type="checkbox"/>	لوح الانتقال <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"/>			تاريخ المتابعة: <input type="checkbox"/>	
		التغيير المخطط له للعنوان: <input type="checkbox"/>				