

१. ब्यक्तिगत विवरण

नाम:				थर:					
लिंग:	पुरुष ☐	महिला ☐	अन्य ☐	उमेर:	०-५ ☐	६-१८ ☐	१९-३९ ☐	४०-५४ ☐	५५+ ☐
टेलिफोन:				ठेगाना:					

२. सरल गतिशिलता तथा स्वास्थ्य जोखिम

निम्न प्रश्नहरू सोध्नुहोस्			
गतिशिलता गुमाएको	विगत तीन महिनामा, तपाईंको गतिशिलता के धेरै कम भएको छ ?	छ ☐  स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा प्रेषण गर्नुहोस्	छैन ☐
बालबालिकाको गतिशिलता	के बच्चा दुई वर्ष वा बढि उमेरको छ र हिँड्न सक्षम छैन ?	छ ☐  स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा प्रेषण गर्नुहोस्	छैन ☐
लडिने जोखिम	के तपाईं लडिन्छ कि भनेर डराउनुहुन्छ, वा के तपाईं गत वर्ष एकपटक भन्दा बढी लड्नु भएको छ ?	छ ☐  सहायक सामाग्री प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा प्रेषण गर्नुहोस्	छैन ☐
दवावको कारण हुने घाउ	के तपाईंको शरिरमा दवावको कारण घाउ भएको छ (जस्तै: कटौमा, पुठामा, ढाडपछाडी) ?	छ ☐  घाउलाई दवावबाट बचाउन सल्लाह दिनुहोस् र  घाउको उपचारकोलागी स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा प्रेषण गर्नुहोस्	छैन ☐
पाइतामा हुने घाउको जोखिम	के तपाईं को: तपाईंको के समस्या छ: तपाईं के गर्नुहुन्छ ?	पाइतालामा घाउ छ ☐ एम्प्युटेसन भएको छ ☐ पाइतालामा घाउ, चोट वा सुन्निने ☐ मधुमेह ☐ कुष्ठरोग ☐ मुटु र/वा मृगौला ☐ कुनै भएमा  सो व्यक्ति नियमित रूपमा स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी रोग केन्द्रमा गए नगएको यकिन गर्नुहोस्. नगएको भए  प्रेषण धूम्रपान ☐ मध्यपान (धेरै मात्रामा) ☐ अक्सर खाली खुट्टा हिँड्छु ☐	कुनै भएमा  तलको पाइताला जाँच (स्क्रिन) गर्नुहोस् ।

३. पाइतालाको जाँच (स्क्रिन) (यदि सेवाग्राहिने पाइताला हुने घाउको जोखिमको कुनै प्रश्नमा छ भन्ने चिन्ह लगाएमा यो पूरा गर्नुहोस्)

सेवाग्राहिको पाइताला माथि, मुनि र ओँलाहरूको बीचमा राम्रोसँग निरिक्षण गर्नुहोस् ।			
के सेवाग्राहिको पहिले:	पाइतालामा घाउ ☐ ओँला, पाइताला वा खुट्टाको एम्प्युटेसन ☐ भएको थियो	यदि कुनै  भएमा उच्च जोखिम सँकेत ☐	
के सेवाग्राहिको अहिले	ओँला, पाइताला वा खुट्टामा घाउ वा चोट छ? ☐		
के कुनै एउटा पाइताला:	रातो छ ☐ छुँदा ततो छ ☐ सुन्निएको छ ☐		
कहि देख्नुभयो:	छाला / नङ्गको समस्या ☐ पाइताला / नङ्गहरूको असामान्य आकार ☐	—>जोखिम सँकेत ☐	
रक्त संचारको जाँच			
कहिँ रक्त संचार कम भएको सँकेत देख्नुभयो ?	खुट्टाको जोर्नी वा पाइताला सुन्निएको ☐ चिसो वा पहेँलो पाइताला ☐	पाइताला वा ओँलाहरूमा रौं नभएको ☐	यदि कुनै भएमा  जोखिम सँकेत ☐
सोध्नुहोस्: के खुट्टाको पछाडि दुखाइ महसुस गर्नुहुन्छ ?	राति ☐ २०० मिटर भन्दा कम हिँड्दा ☐		
पल्स जाँच गर्ने	बाँया पाइताला: माथि ☐ खुट्टाको जोर्नी ☐	दाँया पाइताला: माथि ☐ खुट्टाको जोर्नी ☐	पल्स नभएमा  जोखिम सँकेत ☐
रिफिल टेस्ट : दुईटै बुढी ओँलाको टुप्पोमा बराबर थिच्नुहोस्। ओँलाको सामान्य रंग फर्कीन (रिफिल) लाग्ने सेकेन्ड गणना गर्नुहोस्.		३ सेकेन्ड भन्दा कम लागेमा ☐	
		३ सेकेन्ड भन्दा बढि लागेमा ☐	—>जोखिम सँकेत ☐
महसुस जाँच गर्नुहोस् (सेन्सेशन)			
सोध्नुहोस्: के तपाईंको पाइताला वा ओँलाहरूमा कुनै असामान्य महसुस वा दुखाइ छ?		छ ☐	—>जोखिम सँकेत ☐
सेन्सेशन टेस्ट: मानिसको आँखा बन्द गरेर ओँला १, ३ र ५ को टुप्पो छुनुहोस्, एक पछि अर्को पाइतालाको ओँला छुनुहोस् महसुस भएको ओँलामा सहि चिन्ह लगाउनुहोस् X महसुस नभएको ओँलामा क्रस चिन्ह लगाउनुहोस्		 दाँया पाइताला  बाँया पाइताला	यदि २ वा बढी ओँलाहरू महसुस गर्न नसकेमा  जोखिम सँकेत ☐

व्यक्तिको पाइतालामा घाउ हुनसक्ने जोखिमलाई संक्षेप गर्नुहोस् (जोखिम र उच्च जोखिममा लगाइएका चिन्हहरूको संख्याको गणना गर्नुहोस्)			
चिन्ह लगाइएका जोखिम संकेतहरूको संख्या		खुट्टामा घाउ हुने जोखिमको स्तर	
जोखिम	उच्च जोखिम		
० वा १ ☐	० ☐	निम्न ☐	→ उपयुक्त जुताको वारेमा शिक्षा दिनुहोस् → पाइतालाको हेरचाह गर्ने तरिका सिकाउनुहोस्
२ ☐	० ☐	मध्यम ☐	→ खुट्टाको हेरचाह गर्ने तरिका सिकाउनुहोस्
३+ ☐	१ ☐	अधिक ☐	→ उपचारात्मक जुताको लागि मूल्याङ्कन गर्नुहोस् र/वा → स्वास्थ्य सेवा केन्द्र वा पाइतालाको घाउ सम्बन्धीत क्लिनिकमा प्रेषण गर्नुहोस्

४. गतिशीलता सम्बन्धी सहायक सामाग्रीहरूको लागि सरल स्क्रीनिंग प्रश्नहरू

हिँडुलको लागि प्रयोग गर्ने सहयोगी सामाग्री तथा/वा हिवलचेयर			
के तपाईं उभिन र हिँड्न सक्नुहुन्छ?	सक्छु, कठिनाई विना ☐	कुनै कारवाहि आवश्यक छैन	
	सक्छु, सहयोगीसँग ☐	यदि कुनै → हिँडुलको लागि प्रयोग गर्ने सहयोगी सामाग्रीको लागि जाँच र छलफल	
	सक्छु, छोटो दूरी मात्र ☐	भएमा गर्नुहोस्	
	सक्छु, एक खुट्टामा मात्र ☐	→ हिवलचेयरको लागि जाँच गर्न प्रेषण गर्नुहोस्	
	सकिदैन, हिँड्न सकिदैन ☐	→ हिवलचेयरको लागि जाँच गर्न प्रेषण गर्नुहोस्	
पोर्टेबल र्याम्प (हिवलचेयर, रोलटर वा वाकिंग फ्रेम प्रयोगकर्ताको लागि मात्र)			
के तपाईं नियमित रूपमा केही पाइलाहरू तल माथि र/वा सवारी साधनबाट भित्र र बाहिर गर्नुपर्छ?		पछि ☐	→ पोर्टेबल र्याम्पबाट मद्दत पुग्नसक्छ
		पर्देन ☐	
समात्ने बारहरू (उदाहरणको लागि सुत्ने कोठा, शौचालय, नुहाउने ठाउँ वा खुड्किलाहरूमा)			
के तपाईंलाई आफ्नो घरवरपर ओछ्यानमा जान, सन्तुलित हुन, बस्न, उभिन वा हिँड्न गाह्रो हुन्छ?		हुन्छ ☐	→ समात्ने बारहरूबाट मद्दत पुग्नसक्छ
		हुन्दैन ☐	
ट्रान्सफर बोर्ड (उदाहरणको लागि ओछ्यान बाट उठ्न र बस्न, शौचालय, सोफा, वा वाहनहरूमा)			
के तपाईंलाई एक ठाउँबाट अर्को ठाउँमा सर्न गाह्रो हुन्छ?		हुन्छ ☐	→ ट्रान्सफर बोर्डबाट मद्दत पुग्नसक्छ
		हुन्दैन ☐	
कृत्रिम पाइताला वा खुट्टा (पाइताला वा खुट्टा ऐम्प्युटेशन गरेकाहरूलाई)			
के तपाईं कृत्रिम अंग प्रयोग गर्नुहुन्छ?	गर्छु ☐	→ कृत्रिम अंग जाँच गर्नुस् → केहि सरोकार भए कृत्रिम अंग केन्द्रमा प्रेषण गर्नुस्	
	गर्दिन ☐	→ कृत्रिम अंग केन्द्रमा प्रेषण गर्न आवश्यक भएनभएको वारे छलफल गर्नुस्	

५. अन्य सहायक सामाग्री

तपाईंलाई के सम्बन्धी समस्या छ:	दृष्टि ☐	श्रवण ☐	स्वहेरचाह ☐	केहि भएमा → अन्य सहायक सामाग्री र/वा → अरु आवश्यक सेवाको लागि प्रेषण गर्नुपर्ने हुनसक्छ
	बोलाई ☐	अनुभूती (सोचाई / स्मरण) ☐		

६. योजना

जाँच गर्नुहोस्:	दृष्टि ☐	श्रवण ☐	स्वहेरचाह ☐	बोलाई ☐	अनुभूती ☐
सहायक सामाग्रीको लागि जाँच गारनुहोस्:	हिँडुलको लागि प्रयोग ☐	पोर्टेबल र्याम्प ☐	घर भित्र समात्ने वार ☐		
	ट्रान्सफर बोर्ड ☐	उपचारात्मक जुता ☐			
सिकाउनुहोस्	पाइतालाको हेरचाह कसरी गर्ने ☐	उपयुक्त जुता लगाउने वारे ☐			
अन्य सेवाको लागि प्रेषण गर्नुहोस्:	स्वास्थ्य सेवा ☐	घाउको हेरचाह ☐	पुनर्स्थापना ☐	हिवलचेयर ☐	
	मधुमेहको हेरचाह ☐	पाइतालाको घाउ सम्बन्धी क्लिनिकमा ☐	कृत्रिम अंगको समीक्षा वा मूल्याङ्कन ☐		
	अन्य: _____				
पुनःभेट गर्ने बेला	१-३ महिना ☐	६ महिना ☐	१२ महिना ☐	पुनःभेट को मिति _____	

→ प्रेषणको सुझाव

✍ यहाँ नोट लेख्नुहोस्

