

## 1. Інформація про особу

|                |                                                                                               |           |                                                                                                                                                       |      |  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| Ім'я:          |                                                                                               | Прізвище: |                                                                                                                                                       | Вік: |  |
| Стать:         | Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> | 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"/> |      |  |
| Телефон:       |                                                                                               | Адреса:   |                                                                                                                                                       |      |  |
| Інші контакти: | Ім'я:                                                                                         |           | Телефон:                                                                                                                                              |      |  |

## 2. Оцінювальна співбесіда

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Відомі проблеми зі здоров'ям</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Тимчасова травма:</b> Перелом <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> _____<br>Ампутація стопи/ноги <input type="checkbox"/> Кволість <input type="checkbox"/> Травма спинного мозку <input type="checkbox"/> Травма головного мозку <input type="checkbox"/><br>Інсульт <input type="checkbox"/> Дитячий церебральний параліч <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> _____ |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Здатність ходити</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| Чи можете Ви ходити?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Так <input type="checkbox"/> → Задати наступне запитання<br>Ні <input type="checkbox"/> → Надати крісло колісне                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| Чи використовуєте Ви допоміжний засіб для ходьби та чи важко ходити на великі відстані?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Так <input type="checkbox"/> → Надати крісло колісне                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Тип користування кріслом колісним</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| Якщо Ви не можете ходити або вам важко ходити, то це явище:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Короткострокове <input type="checkbox"/> → Крісло колісне для тимчасового використання<br>Довгострокове <input type="checkbox"/> → Крісло колісне для тривалого використання |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Середовище</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Мобільність</b><br>Чи бажаєте Ви користуватися своїм кріслом колісним:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | У власному помешканні <input type="checkbox"/>                                                                                                                               | → Обговорити можливі бар'єри та чи допоможе використання допоміжних засобів                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | В межах громади <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     | → Обговорити можливі бар'єри та чи допоможе використання крісла колісного, придатного для грубої та нерівної поверхні                                                                                            |
| <b>Перенесення</b><br>Куди Ви будете здійснювати перенесення зі/до свого крісла колісного?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ліжко <input type="checkbox"/>                                                                                                                                               | <b>Якщо так</b> → Навчити перенесенню та розглянути можливу потребу використання інших допоміжних засобів<br><b>Якщо людина та/або доглядач, не почувуються впевнено</b> → Направити до реабілітаційної допомоги |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Туалет / Душ / Ванна <input type="checkbox"/>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Транспортний засіб <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Для людей, які вже мають крісло колісне</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| Чи підходить крісло колісне Вам і Вашим потребам?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | <b>Якщо ні</b> → Оцінювання щодо нового крісла колісного                                                                                                                                                         |
| Чи правильно налаштовано крісло колісне?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |
| Чи справне крісло колісне?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | <b>Якщо ні</b> → Розглянути потребу у запасних частинах / ремонті                                                                                                                                                |

## 3. Проста перевірка стану здоров'я та здатності сидіти

| Пролежні                                                                         | Так                      |                                                                                  | Ні                       |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|
| Чи є у Вас пролежні на будь-якій частині тіла (такій як стегна, сідниці, спина)? | <input type="checkbox"/> | ☞ Порадити уникати тиску на рану та направити до медичної допомоги з приводу ран | <input type="checkbox"/> | → Продовжити |
| Чи є у Вас втрата чутливості (відчуття) на сідницях, стегнах, спині?             | <input type="checkbox"/> | <b>Якщо так, будь-який варіант, →</b>                                            | <input type="checkbox"/> | → Продовжити |

|                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                      |                                                                                                                                              |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Чи важко Вам переносити вагу із сидниць?                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                          | Надати подушку для розвантаження тиску                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |              |
| Чи були у Вас пролежні в минулому?                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                          |                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |              |
| <b>Протікання</b>                                                                                                  | <b>Так</b>                                                                        |                                                                                      | <b>Ні</b>                                                                                                                                    |              |
| Чи трапляються у Вас складнощі з триманням сечі або фекалій?                                                       | <input type="checkbox"/>                                                          | ☞ Направити на обстеження з нетримання. Розглянути можливість надання другої подушки | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | → Продовжити |
| <b>Підтримка для ніг</b>                                                                                           | <b>Так</b>                                                                        |                                                                                      | <b>Ні</b>                                                                                                                                    |              |
| Чи потрібна підтримка для ніг, щоб:                                                                                | Зменшити набряк ніг (після травми)?                                               | <input type="checkbox"/>                                                             | <b>Якщо так, будь-який варіант</b><br>→ Опора для ноги                                                                                       | → Продовжити |
|                                                                                                                    | Обмежити згинання колінного суглобу (після травми)?                               | <input type="checkbox"/>                                                             |                                                                                                                                              |              |
|                                                                                                                    | Тримати задню частину колінного суглобу випрямленою після ампутації нижче коліна? | <input type="checkbox"/>                                                             |                                                                                                                                              |              |
| <b>Вибір крісла колісного</b>                                                                                      |                                                                                   |                                                                                      |                                                                                                                                              |              |
| Показати й пояснити особливості наявних крісел колісних. Перевірити ширину сидіння, щоб підібрати належний розмір. |                                                                                   |                                                                                      |                                                                                                                                              |              |
| <b>Здатність сидіти прямо</b>                                                                                      |                                                                                   |                                                                                      |                                                                                                                                              |              |
| Чи відчуваєтеся Ви безпечно, сидячи без додаткової опори?                                                          | Так <input type="checkbox"/> → Надати крісло колісне                              |                                                                                      | Ні <input type="checkbox"/> → <b>Не надавати крісло колісне.</b><br>☞ Пріоритетне обстеження щодо забезпечення сидіння з підтримкою постави. |              |

#### 4. План

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                  |                                                                                             |                                                                                      |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Надати крісло колісне:</b>                                                                     | Тимчасово <input type="checkbox"/><br>Довгостроково <input type="checkbox"/><br>Небезпечно <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                 | Ширина сидіння: | Глибина сидіння: | Тип задніх коліс:<br>Фіксовані <input type="checkbox"/><br>Активні <input type="checkbox"/> | Висота спинки:<br>Висока <input type="checkbox"/><br>Низька <input type="checkbox"/> | Обмеження ваги:                 |
| <b>Варіанти вибору крісла колісного:</b>                                                          | Комфортна подушка <input type="checkbox"/> Подушка для розвантаження тиску: одна <input type="checkbox"/> дві <input type="checkbox"/><br>Опора для ніг: ліва <input type="checkbox"/> права <input type="checkbox"/> Дошка для кукси: ліва <input type="checkbox"/> права <input type="checkbox"/> |                 |                  |                                                                                             |                                                                                      |                                 |
| <b>Навчання:</b><br>Скерувати до брошури для користувачів крісел колісних                         | Поводження з кріслом колісним <input type="checkbox"/> Догляд за шкірою <input type="checkbox"/> Рух <input type="checkbox"/><br>Перенесення <input type="checkbox"/> Догляд та технічне обслуговування крісла колісного <input type="checkbox"/>                                                   |                 |                  |                                                                                             |                                                                                      |                                 |
| <b>Середовище:</b><br>Якщо особа має труднощі з доступом чи перенесенням до / із крісла колісного | Відрегулювати висоту ліжка / крісла <input type="checkbox"/> Портативний пандус <input type="checkbox"/><br>Дошка для перенесення <input type="checkbox"/> Крісло для туалету/душу <input type="checkbox"/> Поручні <input type="checkbox"/><br>Інше: ✎ _____                                       |                 |                  |                                                                                             |                                                                                      |                                 |
| <b>Направлення:</b>                                                                               | Лікування ран <input type="checkbox"/> Обстеження щодо нетримання <input type="checkbox"/> Реабілітаційна допомога <input type="checkbox"/><br>Інші допоміжні засоби <input type="checkbox"/> ✎ _____                                                                                               |                 |                  |                                                                                             |                                                                                      |                                 |
| <b>Подальший супровід:</b>                                                                        | Пріоритетний подальший супровід <input type="checkbox"/><br><br>Направлення до: ✎ _____<br><br>Планова зміна адреси: ✎ _____                                                                                                                                                                        |                 |                  |                                                                                             |                                                                                      | Дата наступного огляду: ✎ _____ |