

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA NA TURNUS W CENTRUM TERAPII WYSPA

(prosimy o wypełnianie drukowanymi literami lub w formie elektronicznej)

1. Imię i nazwisko pacjenta/adres zamieszkania

.....
.....

2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

numer telefonu.....

email.....

3. Data urodzenia dziecka oraz pesel.....

4. Rozpoznanie.....

5. Choroby współistniejące.....

6. Jakie leki i w związku z czym przyjmuje:

.....
.....
.....
.....

7. Umiejętności manualne rąk/ręki (Proszę opisać w jaki sposób dziecko używa rąk, czy pomija lub unika jednej z nich. Proszę uwzględnić umiejętności łączenia rąk, łapania oburącz, przekładania przedmiotu z ręki do ręki, używania rąk do podporu):

.....
.....
.....
.....
.....

Czy dziecko potrafi (proszę zaznaczyć poprzez krzyżyk lub kółko wyłącznie te które dziecko robi w pełni samodzielnie – w przypadku wypełniania elektronicznego włączyć podkreślenie):

A) samodzielnie jeść rękami

B) samodzielnie jeść sztuczkami

C) samodzielnie pić z butelki

D) samodzielnie pić z kubka

E) układać wieżę z klocków

F) dopasowywać proste elementy do otworu

G) trzymać narzędzie pisarskie

H) używać nożyczek

I) odpinać zamek

J) zapinać zamek

K) odpinać guzik

L) zapinać guzik

M) odkręcić/zakręcić butelkę/słoik

N) samodzielnie się ubrać/rozebrać (proszę opisać co dokładnie potrafi)

.....

8. Co dziecko potrafi zrobić samodzielnie (proszę zaznaczyć poprzez krzyżyk lub kółko wyłącznie te które dziecko robi w pełni samodzielnie – w przypadku wypełniania elektronicznego włączyć podkreślenie):

A) obrót z pleców na brzuch

B) obrót z brzucha na plecy

C) pełzanie

D) piwotowanie (obroty na brzuchu wokół własnej osi – jak wskazówki zegara)

E) przejście do siadu na podłodze

F) utrzymanie pozycji siedzącej bez podporu minimum 10 sekund

G) wejście i utrzymanie pozycji czworacznej

H) czworakowanie

I) wstawanie przy meblach

J) przemieszczanie się przy meblach (kanapa, krzesło, stolik) do boków

K) wstawanie przy ścianie

L) chód do boku przy ścianie

M) stanie samodzielne minimum 5 sekund

N) chodzenie (proszę dopisać jaki dystans jest w stanie dziecko przejść samodzielnie po płaskim terenie).....

O) wchodzenie po schodach (proszę dopisać czy krokiem naprzemiennym, czy dostawnym oraz czy jest potrzebna poręcz).....

P) schodzenie po schodach (proszę dopisać czy krokiem naprzemiennym, czy dostawnym oraz czy jest potrzebna poręcz).....

Q) wchodzenie pod górkę

R) schodzenie z górki

S) chodzenie tyłem

T) podskoki obunóż w miejscu

U) zeskoki obunóż z podwyższenia

V) stanie jednonóż na prawej nodze

W) stanie jednonóż na lewej nodze

X) jazda na hulajnodze (proszę dopisać dwu czy trzykołowym).....

Y) jazda na rowerze (proszę dopisać dwu czy trzykołowym).....

Z) asekuracja ręką (wystawianie rąk) podczas upadku z pozycji siedzącej i/lub stojącej

9. Opisz jakie zaopatrzenie ortopedyczne i ortotyczne posiada dziecko, kiedy i z jaką intensywnością z nich korzysta (ortezy kończyn górnych i dolnych, gorsety tułowia, pionizatory, chodziki, wózki):

[illegible]

10. Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia integracji sensorycznej (prosimy o załączenie opinii) lub czy zauważają Państwo nadwrażliwości/podwrażliwości z któregoś z układów:

.....

.....

.....

.....

.....

11. Jakie badania obrazowe (RTG, TK, MRI) i z kiedy posiada dziecko (prosimy o załączenie zdjęć RTG bioder oraz kręgosłupa):

.....

12. Na jakim poziomie intelektualnym i poznawczym funkcjonuje dziecko (proszę krótko opisać):.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. W jaki sposób dziecko komunikuje się? (Proszę opisać czy mówi, rozumie i reaguje na polecenia oraz imię. Uwzględnij posiadane pomoce komunikacyjne oraz komunikację alternatywną):

[illegible]

14.UWAGI,CELE I OCZEKIWANIA:

[illegible]