

FORMULARZ KWALIFIKACJI DO TERAPII ROBOGAIT

I. Dane pacjenta

Imię i nazwisko	
PESEL	
Rozpoznanie (ICD-10)	

II. Wskazania do terapii

- odzyskiwania zdolności chodzenia,
- poprawy wzorca chodu,
- zwiększenia siły mięśniowej i koordynacji.

III. Kryteria kwalifikacji

- kwalifikacja lekarska
- możliwość pionizacji (pacjent uczestniczy w programie pionizacji)
- masa ciała w zakresie urządzenia (30 kg-130 kg)
- wzrost w zakresie urządzenia (120 cm-190cm)

IV. Przeciwwskazania (bezwzględne)

- Ciężka spastyczność
- Przykurcze stawów kończyn dolnych
- Nasilone ruchy atetotyczne
- Zaawansowana osteopenia
- Zaawansowana osteoporoza
- Choroby uniemożliwiające aktywną rehabilitację (np. ciężkie choroby oddechowe, ciąża, infekcje, osteomyelitis)
- Stomia (kolostomia)
- Znaczna różnica długości kończyn dolnych
- Niezabezpieczone uszkodzenia skóry
- Choroby serca i układu krążenia (np. tachykardia, bradykardia, niewydolność serca)
- Tetraplegia z zaburzeniami oddychania lub połykania
- Świeże odleżyny (szczególnie w miejscach kontaktu z urządzeniem)
- Niestabilne złamania
- Brak współpracy / ciężkie zaburzenia poznawcze / zaburzenia psychiczne
- Wentylacja mechaniczna
- Znaczne deformacje kończyn dolnych lub kręgosłupa
- Artrodeza stawu biodrowego, kolanowego lub skokowego
- Ostre stany zapalne lub infekcyjne
- Nasilone ruchy dyskinetyczne lub miokloniczne

V. Inne przeciwwskazania, ostrzeżenia i środki ostrożności

.....

.....

VI. Decyzja

☐ Pacjent kwalifikuje się

☐ Pacjent nie kwalifikuje się

Uwagi:

VII. Dane lekarza

Imię i nazwisko	
Specjalizacja lekarza	
Data	
Pieczęć i podpis lekarza	