
Pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
POTWIERDZAJĄCE MOŻLIWOŚĆ UDZIAŁU
w programie „Aktywny samorząd” Obszar C Zadanie 6

(wypełnia lekarz POZ lub specjalista¹)

Imię i nazwisko Pacjenta

Numer PESEL Pacjenta

1. Na podstawie: badania podczas wizyty lub przeprowadzonego wywiadu lekarskiego lub po uzyskaniu opinii fizjoterapeuty stwierdzam, że Pacjent **w poniższym teście kontroli tułowia (TCT)** uzyskał łącznie: punktów:

Zbadaj sprawność	Wpisz ilość uzyskanych punktów
Przewrót na stronę słabszą (wybierz właściwe): 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przewrót na stronę silniejszą (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Balans w pozycji siedzącej - zdolność utrzymania stabilnej, wyprostowanej pozycji siedzącej bez podparcia (wybierz właściwe)	

¹ Zaświadczenie może wystawić lekarz zespołu opieki zdrowotnej lub specjalista w następujących dziedzinach:

- fizjoterapii
- neurologii, neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii
- onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów
- ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu
- reumatologii

Zbadaj sprawność	Wpisz ilość uzyskanych punktów
0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przejęcie z leżenia do siadu (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

2. Pacjent z uwagi na potrzeby związane z ograniczeniami w pozycji siedzącej, wymaga zaopatrzenia (właściwe zakreśl lub zaznacz w inny sposób, można zaznaczyć obie opcje):

- ☐ Manualny wózek multipozycyjny
- ☐ Wyposażenie manualnego wózka multipozycyjnego

3. U Pacjenta występuje ryzyko odleżyn w następujących okolicach (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):

- ☐ Kość krzyżowa
- ☐ Guzki kulszowe
- ☐ Pośladki
- ☐ Pięty
- ☐ Łopatki
- ☐ Krętarze biodrowe
- ☐ Wypukła część kręgosłupa
- ☐ Okolice ud
- ☐ Okolice pleców

Informacja dotycząca potrzeb pacjenta związanych z użytkowaniem manualnego wózka inwalidzkiego multipozycyjnego lub jego wyposażenia

1. Pacjent wymaga manualnego wózka multipozycyjnego lub jego wyposażenia w związku z następującymi potrzebami i aktywnością (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):

- ☐ Samoobsługa
- ☐ Mobilność
- ☐ Lokomocja
- ☐ Komunikacja i kontakty społeczne
- ☐ Zatrudnienie
- ☐ Nauka i podnoszenie kwalifikacji
- ☐ Leczenie lub rehabilitacja
- ☐ Uczestnictwo w życiu społecznym i obywatelskim

2. Pacjent potrzebuje manualnego wózka multipozycyjnego do następującego zastosowania:

- ☐ do użytku mieszkalnego (małe koła)
- ☐ do użytku mieszkalnego i zewnętrznego (średnie koła)
- ☐ do użytku zewnętrznego (duże koła, kółka antywywrotne)

3. Pacjent potrzebuje następujących funkcjonalności wózka lub wyposażenia:

- ☐ Regulowane odchylenie oparcia i specjalne ortopedyczne siedzisko
- ☐ Regulowana wysokość oparcia i głębokość siedziska
- ☐ Odchylane lub demontowane podłokietniki ułatwiające transfer boczny i ubieranie
- ☐ Odchylenia kąta podnóżków
- ☐ Wielofunkcyjny zagłówek stabilizujący głowę i szyję
- ☐ Pionizator
- ☐ Funkcja toaletowa (materiały wodoodporne konieczne do użytku w łazience)
- ☐ Funkcja toaletowa (otwór w siedzisku umożliwia mycie i korzystanie z toalety)
- ☐ Zapobiegające odleżynom
- ☐ Elementy wymagające napędu elektrycznego
- ☐ System podnoszenia siedziska
- ☐ System wspomagający dla opiekuna
- ☐ Inne

4. Opinia dotycząca funkcjonalnego dostosowania proponowanego do dofinansowania manualnego wózka multipozycyjnego lub jego wyposażenia (w przedstawionych ofertach) do indywidualnych potrzeb i aktywności Pacjenta

- 1) Pacjent przedstawił ofert (wpisz liczbę przedstawionych ofert).
- 2) Z przedstawionych ofert pozytywnie oceniam pod względem funkcjonalnego dopasowania zakupu do potrzeb i aktywności Pacjenta, następującą ofertę (lub oferty), w kolejności:
 - a) Wszystkie oferty oceniam pozytywnie
 - b) Ofertę firmy:
 - c) Ofertę firmy:
 - d) Ofertę firmy:
- 3) Za całkowicie niedopasowaną do potrzeb i aktywności Pacjenta oceniam ofertę (lub oferty):
 - a) Wszystkie oferty oceniam negatywnie
 - b) Ofertę firmy:
 - c) Ofertę firmy:

Oświadczam, że aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, nie byłem/nie byłam przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów będących przedmiotem ww. ofert, ani nie jestem i nie byłem/byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza POZ lub specjalisty