

ФАМИЛИЯ ИМЯ: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

СУБЪЕКТ РФ: _____

ВОССТАВЛЕНИЕ ВС1, ВС2, ВС3, ВС4

Медицинский диагноз: _____

Подтвержден документами

Этот диагноз известен своим воздействием, которое наиболее выражено в следующем (отметьте пожалуйста):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> спастика | <input type="checkbox"/> дистония |
| <input type="checkbox"/> атетоз | <input type="checkbox"/> атаксия |
| <input type="checkbox"/> сочетание спастика / атетоз | <input type="checkbox"/> мышечная сила |
| <input type="checkbox"/> другое | <input type="checkbox"/> диапазон движения |

применяемые препараты: (наименование и причина применения): _____

эпилепсия: да нет

операции (расположение/причина): _____

Двигательные возможности

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> электроколяска | <input type="checkbox"/> короткие расстояния (0-50м) |
| <input type="checkbox"/> обычная коляска | <input type="checkbox"/> средние расстояния (50-250м) |
| | <input type="checkbox"/> длинные расстояния (>250м) |
| <input type="checkbox"/> ходячий | <input type="checkbox"/> без помощи |
| | <input type="checkbox"/> с помощью |

обследование/наблюдение/измерения:

рефлексы:	оживленные	слабые	асимметричные	норма
бицепсы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Л <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
трицепсы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Л <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
запястье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Л <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
колени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Л <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
лодыжка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Л <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

клонус да/нет

количество движений:

ТЕСТ	МЫШЕЧНАЯ СИЛА		ДИАПАЗОН ДВИЖ.		СПАСТИКА	
	сила слева	сила справа	ROM Л	ROM П	спастика Л	спастика П
плечо						
сгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
разгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
отведение	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
вращение внутрь	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5				
вращение наружу	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5				
локоть						
сгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
разгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
про-супинация	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
запястье						
сгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
разгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
пальцы						
сгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
разгибание	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5			1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
отвед. б.пальца	0- 1- 2- 3- 4- 5	0- 1- 2- 3- 4- 5				

ДРУГИЕ ТЕСТЫ: _____

