

Pieczęć placówki

Załącznik do wniosku o dofinansowanie - „Aktywny samorząd” moduł I Obszar C Zadanie 6

**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	

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
Balans w pozycji siedzącej - zdolność utrzymania stabilnej, wyprostowanej pozycji siedzącej bez podparcia (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przejście 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	

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

- 1) Manualny wózek multipozycyjny
- 2) Wyposażenie manualnego wózka multipozycyjnego

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

- 1). Kość krzyżowa
- 2). Guzki kulszowe
- 3). Pośladki
- 4). Pięty
- 5). Łopatki
- 6). Krętarze biodrowe
- 7). Wypukła część kręgosłupa
- 8). Okolice ud
- 9). 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):**
 - 1) Samoobsługa
 - 2) Mobilność
 - 3) Lokomocja
 - 4) Komunikacja i kontakty społeczne
 - 5) Zatrudnienie
 - 6) Nauka i podnoszenie kwalifikacji
 - 7) Leczenie lub rehabilitacja
 - 8) Uczestnictwo w życiu społecznym i obywatelskim

- 2. Pacjent potrzebuje manualnego wózka multipozycyjnego do następującego zastosowania:**
 - 1) do użytku mieszkalnego (małe koła)
 - 2) do użytku mieszkalnego i zewnętrznego (średnie koła)
 - 3) do użytku zewnętrznego (duże koła, kółka antywywrotne)

- 3. Pacjent potrzebuje następujących funkcjonalności wózka lub wyposażenia:**
 - 1) Regulowane odchylenie oparcia i specjalne ortopedyczne siedzisko
 - 2) Regulowana wysokość oparcia i głębokość siedziska
 - 3) Odchylane lub demontowane podłokietniki ułatwiające transfer boczny i ubieranie
 - 4) Odchylenia kąta podnóżków
 - 5) Wielofunkcyjny zagłówek stabilizujący głowę i szyję
 - 6) Pionizator
 - 7) Funkcja toaletowa (materiały wodoodporne konieczne do użytku w łazience)
 - 8) Funkcja toaletowa (otwór w siedzisku umożliwia mycie i korzystanie z toalety)
 - 9) Zapobiegające odleżynom
 - 10) Elementy wymagające napędu elektrycznego
 - 11) System podnoszenia siedziska
 - 12) System wspomagający dla opiekuna
 - 13) 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:
- 1) 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 byłem 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