

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 specjalista<sup>1</sup>)

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
<b>Przewrót na stronę słabszą (wybierz właściwe):</b> 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
<b>Przewrót na stronę silniejszą (wybierz właściwe)</b> 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

<sup>1</sup> 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
<p><b>Balans w pozycji siedzącej - zdolność utrzymania stabilnej, wyprostowanej pozycji siedzącej bez podparcia (wybierz właściwe)</b></p> <p>0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy  12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą  25 punktów - zdolny do wykonania zadania</p>	
<p><b>Przejście z leżenia do siadu (wybierz właściwe)</b></p> <p>0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy  12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą  25 punktów - zdolny do wykonania zadania</p>	

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):
  - 1) Manualny wózek multipozycyjny
  - 2) Wyposażenie manualnego wózka multipozycyjnego
  
3. 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) Locomocja
- 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: .....
- 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 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