



Miejscowość

dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO TERAPII LOKOMOTORYCZNEJ NA URZĄDZENIU ROBOGAIT

### 1. DANE PACJENTA/-KI

- Imię i nazwisko .....
- Pesel 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- Waga .....
- Wzrost .....

### 2. OCENA PRZECIWWSKAZAŃ - proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE

**Odpowiedź „TAK” na jakiegokolwiek z poniższych pytań jest kryterium wykluczającym z udziału w terapii lokomotorycznej na urządzeniu RoboGait.**

- Czy u pacjenta/-ki występuje aktywna, nieustabilizowana lekowo padaczka?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma zwichnięte biodro?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma ciężką spastyczność (ocena 4 w skali Ashworth)?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje przykurcz zgięciowy w stawie biodrowym (brak biernego wyprostu)?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje przykurcz w stawie kolanowym większy niż 20 stopni?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki przykurcz w stawie skokowym uniemożliwia ustawienie stopy w pozycji zerowej?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje nadmierna atetozja lub dystonia (ze względu na bezpieczeństwo pacjent musi kończyny górne aktywnie utrzymać na poręczach)?  
 TAK     NIE



- Czy u pacjenta/-ki występuje ciężka osteopenia lub osteoporoza?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma worek kolostomijny lub PEGa?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma różnicę w długości nóg większą niż 1cm (bez korekcji) lub różnicę w długości nóg większą niż 3 cm (skorygowaną za pomocą obuwia)?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki występują zaburzenia serca i układu krążenia (tachykardia, niewydolność serca, bradykardia itp.)?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka jest sparaliżowany/-a czterokończynowo i posiada problemy z oddychaniem i połykaniem oraz ma brak samodzielnych ruchów szyi?  
 TAK     NIE
- Czy pacjentka jest w ciąży?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma świeże i duże odleżyny oraz trudno gojące się zmiany skórne zwłaszcza na obszarach skóry (tułów oraz kończyny dolne) mających kontakt z urządzeniem?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma niestabilne złamanie?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma zaburzenia współpracy, poważne deficyty poznawcze, kognitywne i problemy psychiatryczne?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki stosowana jest wentylacja mechaniczna?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki występują ostre choroby zalne lub zakaźne?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka ma zaawansowane ruchy dyskinetyczne i miokloniczne?  
 TAK     NIE
- Czy u pacjenta/-ki występuje zaawansowana skolioza (powyżej 50 stopni) lub inne poważne dysproporcje w rozwoju kręgosłupa?  
 TAK     NIE
- Czy pacjent/-ka funkcjonuje na poziomie 5 w skali GMFCS (dotyczy tylko MPD)?  
 TAK     NIE



FUNDACJA DZIECIOM „ZDAŻYĆ Z POMOCĄ”  
Nr księgi: 000000178504  
ul. Łomiańska 5, 01-685 Warszawa  
Ośrodki Rehabilitacji  
Fundacji Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”



### 3. ISTOTNE PARAMETRY DO KORZYSTANIA Z URZĄDZENIA

- Maksymalny wzrost pacjenta/-ki: **200 cm**
- Maksymalna waga pacjenta/-ki: **140 kg**
- Minimalna długość uda pacjenta/-ki: **20 cm**

Stwierdzam, że ..... (imię i nazwisko pacjenta/-ki)  
nie ma przeciwwskazań/ma przeciwwskazania\* do terapii lokomotorycznej na urządzeniu RoboGait.

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
Data

.....  
Imię, nazwisko, pieczętka i podpis lekarza