



KONTROLNÝ LIST

POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI IMOBILITY





Pracoviško :

Meno a priezvisko pacienta :

Dátum prijatia :

Dátum vzniku imobility :

Obdobie imobility (ako dlho je pacient imobilný) :

Typ mobility		Charakteristika typu mobility (hodiace sa zaškrtnúť <input type="checkbox"/>)	Predpokladaný časový faktor imobility (hodiace sa zaškrtnúť <input type="checkbox"/>)	Špecifikácia možnej príčiny a rozsahu imobility :
1.		<input type="checkbox"/> Barbora (B) - čiastočne imobilná, sama sa opiera o pomôcku, barlu, roler štvorkolku, chodúľku. Spadá do indikačného rámca štandardu	<input type="checkbox"/> prechodná <input type="checkbox"/> dlhodobá <input type="checkbox"/> trvalá	
2.		<input type="checkbox"/> Cyril (C) - čiastočne imobilný, pohybuje sa pomocou invalidného vozíka, ale je schopný preniesť váhu, urobiť aj pár krokov do vozíka, vozíkom sám manipuluje. Spadá do indikačného rámca štandardu		
3.		<input type="checkbox"/> Dana (D) - imobilná, nedokáže sa vôbec podpierať, preniesť váhu, je odkázaná na invalidný vozík, vozíkom sama nemanipuluje. Spadá do indikačného rámca štandardu		
4.		<input type="checkbox"/> Emma (E) - úplne imobilná, pripútaná na lôžko, úplne závislá na pomoci. Spadá do indikačného rámca štandardu		
Dňa :			Posudzoval (-a) :	
Opatrenia zapracované v :			Schválil (-a) :	