

Indywidualny Plan Działań:

.....  
.....  
.....  
.....

**KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA  
REHABILITACYJNE**

**Imię i nazwisko dziecka:**

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**OCENA POSTĘPÓW TERAPII**

**1. POPRAWA PROCESÓW POZNAWCZYCH:**

- spostrzeganie, - uwaga, - pamięć, - mowa.

**2. POPRAWA SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ:**

- chwytanie, - kontrola głowy, - czworakowanie,

- siadanie, - poprawa siły i umiejętności ruchowych.

**3. POPRAWA ZACHOWANIA (stało się mniej: niecierpliwe, impulsywne):**

- TAK

- NIE

**4. OGÓLNA ZMIANA STANU ZDROWIA DZIECKA**

- nie zauważono - nastąpiła poprawa stanu zdrowia

Data urodzenia..... wzrost .....waga..... kg

Adres: .....

tel. : .....

Lekarz prowadzący: (pieczętka, podpis)

**Data:**

Diagnoza:

***Rozwój emocjonalny i społeczny:***

Zaburzenia emocjonalne	Tak	Nie
Zaburzenia komunikacji	Tak	Nie
Lęki	Tak	Nie
Agresja w stosunku do siebie	Tak	Nie
Agresja w stosunku do otoczenia	Tak	Nie
Nadpobudliwość	Tak	Nie
Zahamowania	Tak	Nie

<b>Stan psychiczny:</b>
<b>Inteligencja*:</b> stosownie do wieku, obniżona, powyżej przeciętnej
<b>Wzrok:</b> Odklejanie siatkówki <sup>P</sup> , wzmożone ciśnienie śródgałkowe <sup>P</sup>
<b>Słuch:</b>
<b>Mowa:</b>
<b>Zaburzenia neurologiczne *:</b> epilepsja, wodogłowie (zastawka tak/nie), zaburzenia czucia, inne:

	Kończyna górna				Kończyna dolna			
	Prawa		Lewa		Prawa		Lewa	
<b>Prawidłowe napięcie mięśniowe (tonus)*</b>	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
<b>Spastyczność *</b>	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
<b>Wiotkość *</b>	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie

**Stan ruchowy\***

Przetrwale odruchy postawy Podać jakie.....	Tak	Nie
Kontrola trzymania głowy	Tak	Nie <sup>P</sup>
Samodzielne przetaczanie	Tak	Nie
Czworakowanie	Tak	Nie
Samodzielne siedzenie	Tak	Nie
Chód z asekuracją	Tak	Nie
Samodzielny chód	Tak	Nie
Ruchy mimowolne	Tak	Nie
Drżenie zamiarowe	Tak	Nie
Zaburzenia równowagi	Tak	Nie

<b>PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU *</b> - (zmiany skórne (roziane i ropne), nowotwory, krwawienia, krwotoki lub możliwość ich wystąpienia, hemofilia, skaza naczyniowa, stany zapalne ostre, choroby zakaźne, niewyrównane wady serca).	Tak
	Nie

**Ocena ortopedyczna** (w przypadku nieprawidłowości wypełnia lekarz ortopeda)

<b>Stan kręgosłupa</b>					
U osób z Zespołem Downa konieczne dołączyć opis RTG kręgow szczytowego i obrotowego!					
Stabilność szczytowo – obrotnikowa*: prawidłowa/nieprawidłowa <sup>P</sup>					
<b>Hiperkifoza</b>	Tak	Nie	<b>Hiperlordoza</b>	Tak <sup>P</sup>	Nie
<b>Plecy płaskie</b>	Tak <sup>P</sup>	Nie	<b>Plecy wklęsło - okrągłe</b>	Tak	Nie
<b>Skolioza</b>	Tak	Odcinek kręgosłupa:.....			
	Nie	Stopnie w skali Cobba:			
		Poniżej 20 °		Powyżej 20 ° <sup>P</sup>	
<b>Stan rdzenia kręgowego*:</b> rozszczep, przepuklina oponowo – rdzeniowa w odcinku.....					
(warunkiem uczestnictwa w hipoterapii jest zachowanie samodzielnej pozycji siedzącej na koniu)					
<b>Zmiany w stawach biodrowych*:</b> (zwichnięcia, podwichnięcia)				Tak <sup>P</sup>	Nie
<b>Przebyte zabiegi operacyjne (kończyn) do 3 mcy wstecz:</b>				Tak <sup>P</sup>	Nie
<b>Przebyte zabiegi operacyjne do 6 mcy wstecz:</b>				Tak <sup>P</sup>	Nie
<b>Zaburzenia w kostnieniu:</b>				Tak <sup>P</sup>	Nie
<b>Inne:</b>					

\* właściwe podkreślić

<sup>P</sup> - przeciwwskazanie do hipoterapii