

.....  
Pieczęć placówki

....., dnia

**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) 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: .....
- 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 byłam/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 byłam/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