Załącznik nr 5 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Zadanie C6 – pomoc w zakupie manualnego wózka multipozycyjnego lub jego niezbędnego wyposażenia

…… ……, dnia ……
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające możliwość udziału w programie „Aktywny samorząd” Obszar C Zadanie 6

(wypełnia lekarz POZ lub specjalista[1])

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta ……

2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. 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**
Przewrót na stronę słabszą (wybierz właściwe): 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przewrót na stronę silniejszą (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

Zbadaj sprawność	Wpisz ilość uzyskanych punktów
Balans w pozycji siedzącej - zdolność utrzymania stabilnej, wyprostowanej pozycji siedzącej bez podparcia (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przejście z leżenia do siadu (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

4. Pacjent z uwagi na potrzeby związane z ograniczeniami w pozycji siedzącej, wymaga zaopatrzenia (właściwe zakreśl lub zaznacz w inny sposób, można zaznaczyć obie opcje):

   □ manualny wózek multipozycyjny

   □ wyposażenie manualnego wózka multipozycyjnego

5. U Pacjenta występuje ryzyko odleżyn w następujących okolicach (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):

   □ kość krzyżowa

   □ guzki kulszowe

   □ pośladki

   □ pięty

   □ łopatki

   □ krętarze biodrowe

   □ wypukła część kręgosłupa

   □ okolice ud

   □ 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)**:**
   - □ samoobsługa
   - □ mobilność
   - □ lokomocja
   - □ komunikacja i kontakty społeczne
   - □ zatrudnienie
   - □ nauka i podnoszenie kwalifikacji
   - □ leczenie lub rehabilitacja
   - □ uczestnictwo w życiu społecznym i obywatelskim

2. **Pacjent potrzebuje manualnego wózka multipozycyjnego do następującego zastosowania:**
   - □ do użytku mieszkalnego (małe koła)
   - □ do użytku mieszkalnego i zewnętrznego (średnie koła)
   - □ do użytku zewnętrznego (duże koła, kółka antywywrotne)

3. **Pacjent potrzebuje następujących funkcjonalności wózka lub wyposażenia:**
   - □ regulowane odchylenie oparcia i specjalne ortopedyczne siedzisko
   - □ regulowana wysokość oparcia i głębokość siedziska
   - □ odchylane lub demontowane podłokietniki ułatwiające transfer boczny i ubieranie
   - □ odchylenia kąta podnóżków
   - □ wielofunkcyjny zagłówek stabilizujący głowę i szyję
   - □ pionizator
   - □ funkcja toaletowa (materiały wodoodporne konieczne do użytku w łazience)
   - □ funkcja toaletowa (otwór w siedzisku umożliwia mycie i korzystanie z toalety)
   - □ zapobiegające odleżynom
   - □ elementy wymagające napędu elektrycznego
   - □ system podnoszenia siedziska
   - □ system wspomagający dla opiekuna
   - □ 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; modele wózków: _____ _____
      b) ofertę firmy: _____; model wózka: _____
      c) ofertę firmy: _____; model wózka: _____
      d) ofertę firmy: _____; model wózka: _____
   3) Za całkowicie niedopasowaną do potrzeb i aktywności Pacjenta oceniam ofertę (lub oferty):
      a) wszystkie oferty oceniam negatywnie; modele wózków: _____ _____
      b) ofertę firmy: _____; model wózka: _____
      c) ofertę firmy: _____; model wózka: _____
      d) ofertę firmy: _____; model wózka: _____

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.

…….., dnia ……. ……
(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza POZ lub specjalisty

[1] 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