_____

Pieczęć placówki

Załącznik do wniosku o dofinansowanie - „Aktywny samorząd” moduł I Obszar C Zadanie 6

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE MOŻLIWOŚĆ UDZIAŁU w programie „Aktywny samorząd” Obszar C Zadanie 6

(wypełnia lekarz POZ lub specjalista[1])

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
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	

[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

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	

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 krzyżówa
    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