

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Nazwisko i imię.....PESEL.....

Data

urodzenia.....Wzrost.....Waga.....

Adres zameldowania.....Telefon.....

Adres do korespondencji.....

ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

CZY U DZIECKA WYSTĘPUJĄ PRZECIWSKAZANIA BEZWZGLĘDNE:

- 1) brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym - TAK / NIE*
- 2) wodogłowie bez wszczepionej zastawki- TAK / NIE*
- 3) zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych- TAK / NIE*
- 4) choroby mięśni przy sile mięśni ocenianej poniżej 3 p. w skali Lowetta- TAK / NIE*
- 5) pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, ADHD, chorobach mięśni- TAK / NIE*
- 6) ostra faza choroby Scheuermana i jej postać obejmująca odcinek lędźwiowy- TAK/NIE*
- 7) duży stopień osteoporozy lub inna przyczyna łamliwości kości- TAK / NIE*
- 8) skoliozy powyżej 20 stopni w skali Cobb oraz progresujące skoliozy idiopatyczne- TAK /NIE

CZY U DZIECKA WYSTĘPUJĄ PRZECIWSKAZANIA WZGLĘDNE:

- 1) padaczka- TAK / NIE*
- 2) zaburzenia mineralizacji kości- TAK / NIE*
- 3) przepuklina oponowo-rdzeniowa zlokalizowana w odcinku lędźwiowym- TAK / NIE*
- 4) dyskopatia- TAK / NIE*
- 5) utrwalone deformacje i zniekształcenia, przykurcze, ograniczenia zakresu ruchu układu kostno-stawowego- TAK / NIE*.....

CZY U DZIECKA WYSTĘPUJĄ/NIE WYSTĘPUJĄ* MEDYCZNE PRZECIWSKAZANIA DO NOSZENIA KASKU(jeśli występują to jakie)

.....

OPIS STANU PACJENTA

siedzi samodzielnie.....chodzi samodzielnie.....

chodzi z pomocą..... trzymanie głowy.....

ruchy mimowolne.....

używany sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy (używanie np.PEG'a).....

.....

CHOROBY KOŚĆCA:(jeśli występują)

zwichnięcie stawu biodrowego.....wypadanie stawu biodrowego.....

rozszerzenie rdzenia kręgowego.....

uszkodzenie rdzenia kręgowego na poziomie.....

zesztywnienie kręgosłupa.....osteoporoza.....

zaburzenia w kostnieniu.....artroza.....

STAN KRĘGOSŁUPA(prawidłowy, plecy okrągłe, powiększona lordoza, skolioza:
prawostronna, lewostronna, skompensowana).....

USTAWIENIE MIEDNICY.....

OCENA NAPIĘCIA MIĘŚNIOWEGO.....

ZALECENIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII.....

**W ZWIĄZKU Z POWYŻSZYM DZIECKO MOŻE/NIE MOŻE* UCZESTNICZYĆ W ZAJĘCIACH
HIPOTERAPII PROWADZONYCH NA KONIU.**

DATA.....**PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA**.....

(lek.specjalista)

**WADY SŁUCHU I
WZROKU**.....

ROZWÓJ MOWY(wydawanie dźwięku, sylaby, zdania).....

SILNE ALERGIE DOTYCZĄCE SKÓRY I DRÓG ODDECHOWYCH- TAK / NIE*
HEMOFILIA ORAZ INNE SKAZY KRWOTOCZNE- TAK / NIE*

**DZIECI ZE SCHORZENIAMI OKULISTYCZNYMI-WYMAGAJĄ WCZEŚNIEJSZEJ
KONSULTACJI LEKARSKIEJ ORAZ ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA O BRAKU
PRZECIWWSKAZAŃ** (np. odklejenie siatkówki, wzmożone ciśnienie śródgałkowe).

POZIOM ROZWOJU INTELEKTUALNEGO (w przypadku opieki psychologicznej
wypełnia psycholog lub pedagog szkolny).....

ROZWÓJ EMOCJONALNY I SPOŁECZNY (zaburzenia emocjonalne-zaburzenia kontaktu,
lęki, agresja, nadpobudliwość, zahamowania, typowe zachowania) opisowo.....

**UWAGA! W PRZYPADKU DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU-PROSIMY O OPIS I
ZALECENIA TERAPEUTY PROWADZĄCEGO.**

**W PRZYPADKU DZIECI Z ZESPOŁEM DOWNA PROSIMY O DOSTARCZENIE OPISU
ZDJĘCIA RTG- BOCZNEGO I CZYNNOŚCIOWEGO- ODCINKA SZYJNEGO KRĘGOSŁUPA!**

DATA.....**PODPIS RODZICA**.....

***NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**