

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
соціальної політики України
28 травня 2021 року № 278

ЗАМОВЛЕННЯ* № _____
на протези верхніх кінцівок

Дата _____

До особової картки особи № _____

Загальні відомості про особу

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження _____

Місце проживання/перебування (фактичне) _____

Контактні телефони _____ Електронна адреса _____

Стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча Зріст _____ см Вага _____ кг

Соціальний статус: ☐ дитина до 18 років ☐ студент ☐ працюючий
☐ військовослужбовець ☐ непрацюючий ☐ пенсіонер

Причина та рівень порушень, стан кукси

Причина ураження: ☐ травма ☐ вроджені вади
☐ захворювання ☐ інше (зазначити) _____

Дата ампутації _____

Уражена кінцівка: ☐ ліва ☐ права

Рівень порушення:

☐ кисть: ☐ часткова/повна відсутність пальців ☐ часткова відсутність п'ястих кісток
☐ часткова відсутність кісток зап'ястка ☐ _____
(інше)

☐ вичленення в променезап'ястковому суглобі

☐ вичленення в ліктьовому суглобі

☐ передпліччя

☐ плече

☐ вичленення в плечовому суглобі

☐ часткова відсутність ключиці та/або лопатки, ребер

Довжина кукси/передпліччя/плеча:

☐ довга ($> 2/3$) ☐ середня (від $1/3$ до $2/3$) ☐ коротка ($< 1/3$) ☐ надкоротка ($\leq 1/4$)

Стан кукси:

Форма: ☐ циліндрична ☐ конічна ☐ булавоподібна ☐ з кістковими виступами

Стан м'яких тканин та шкіри:

М'які тканини: ☐ звичайні ☐ надлишкові ☐ дефіцитні

Стан шкіри:

- ☐ у нормі ☐ запалення ☐ алергічні прояви
☐ інше (зазначити) _____

Післяопераційний рубець: ☐ загоєний ☐ незагоєний ☐ рухомий ☐ прирослий
Чутливість: ☐ нормальна ☐ знижена ☐ відсутня

Наявність болю:

- ☐ внаслідок невроми ☐ біль після тренування/активності
☐ фантомний біль ☐ (інше) зазначити _____
Об'єм рухів у суглобах ураженої кінцівки:
☐ у нормі ☐ контрактура

У разі наявності обмежень чи контрактури вказати суглоб та порушення рухомості (згинання/розгинання, приведення/відведення та інші) _____

Сила м'язів ураженої верхньої кінцівки:

- ☐ у нормі ☐ знижена

У разі наявності зниження сили м'язів вказати певні порушення рухливості _____

М'язи кукси спроможні до скорочення (створюють міосигнал): ☐ так ☐ ні

Загальний стан здоров'я

Стан опорно-рухової системи:

- Стан контрлатеральної верхньої кінцівки: ☐ ліва ☐ права
☐ нормальний
☐ має функціональні обмеження (деталізувати) _____

Стан тулуба:

- ☐ нормальний
☐ має функціональні обмеження (деталізувати) _____

Стан інших систем організму:

- ☐ відсутні супутні захворювання
☐ серцево-судинне захворювання
☐ захворювання, пов'язані з порушеннями координації та рівноваги
☐ розумова відсталість, психічні захворювання
☐ інше (зазначити) _____

Порушення інших систем організму та/або органів, які можуть вплинути на протезування _____

Активність і залучення до життєвих ситуацій особи (за результатами опитування)

Діяльність особи
пов'язана з

- ☐ активністю в соціумі (наприклад, політична діяльність) ☐ інтелектуальною працею
☐ сферою послуг ☐ педагогічною роботою
☐ керуванням автотранспортом ☐ важкою фізичною працею
☐ юриспруденцією ☐ доглядом за дітьми до 18 років

	☐ роботою із застосуванням комп'ютера ☐ наданням медичних послуг ☐ керуванням технікою ☐ іншим (зазначити) _____	☐ веденням домашнього господарства ☐ сільським господарством ☐ будівництвом
Залучення до життєвих ситуацій, додаткова діяльність та хобі	☐ активне дозвілля (туризм, активні ігри, рибальство тощо) ☐ керування автомобілем ☐ переміщення/прогулянки на велосипеді/самокаті ☐ інше (зазначити) _____	☐ спорт ☐ садівництво, городництво, фермерство ☐ керування мотоциклом/скутером

Здатність до самообслуговування

спроможність самостійно митися, доглядати за частинами тіла	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно одягатися	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно вживати їжу, напої	☐ так	☐ ні

Вибір протезу верхньої кінцівки за результатами оцінювання показників функціональних можливостей та особистої мотивації пацієнта:

Підвид виробу	Функціональність
☐ протез пальців та кисті (протез після ампутації на різних рівнях кисті)	☐ косметичний ☐ протиупор ☐ робочий ☐ з тяговим керуванням ☐ з тяговим керуванням з комбінацією захватних пристроїв ☐ із зовнішнім джерелом енергії
☐ протез після вичленення в променезап'ястковому суглобі	
☐ протез передпліччя	
☐ протез після вичленення в ліктьовому суглобі	
☐ протез плеча	
☐ протез після вичленення в плечовому суглобі	
☐ протез після міжлопатково-грудної ампутації	

Висновок лікаря щодо призначення підвиду протезу певної функціональності

Найменування виробу _____

Шифр виробу _____

Лікар	_____	_____
	(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)	(підпис)

Технік	_____	_____
	(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)	(підпис)

Із призначенням ознайомлений(а)	_____	_____
	(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ замовника)	(підпис)

Дата передання виробу у виробництво _____

Комплектувальні вироби та матеріали

Найменування	Одиниця виміру	Кількість	Підпис, дата
1	2	3	4

Примірки

Дата виклику на примірку	Дата примірки	Результат примірки	Зауваження замовника	Заходи з усунення недоліків	Підпис замовника
1	2	3	4	5	6

Дата виготовлення виробу _____

Дата запрошення для отримання виробу _____

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Виріб отримав(ла), претензій не маю _____
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання замовника _____

Керівник підприємства _____
(інша уповноважена особа) (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) (підпис) (дата)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

**Генеральний директор
Директорату соціального
захисту прав осіб з інвалідності**

О. Полякова