

ЗАМОВЛЕННЯ* № _____
на ортези нижніх кінцівок

Дата _____

До особової картки особи № _____

Загальні відомості про особу

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

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 порушень і стан ураженої нижньої кінцівки

Причина порушення: ☐ травма ☐ вроджені вади
Захворювання: ☐ неврологічне ☐ дегенеративно-дистрофічне
☐ ендокринне (цукровий діабет) ☐ інше (зазначити) _____

Уражена кінцівка: ☐ ліва ☐ права

Стан м'яких тканин, кісток та шкіри:

М'які тканини: ☐ звичайні ☐ надлишкові ☐ дефіцитні
☐ інше (зазначити) _____

Стан кісток:

☐ остеомієліт ☐ хибний суглоб _____
(вказати сегмент)

Стан шкіри:

☐ у нормі ☐ запалення ☐ алергічні прояви
☐ інше (зазначити) _____
Чутливість: ☐ нормальна ☐ знижена ☐ відсутня

Наявність болю:

☐ постійний біль в ураженій кінцівці ☐ біль після тренування/активності

Об'єм рухів у суглобах ураженої кінцівки:

☐ у нормі ☐ з обмеженням самостійних рухів ☐ контрактура

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

Загальний стан здоров'я

Стан опорно-рухової системи:

Стан контрлатеральної нижньої кінцівки: ☐ ліва ☐ права

☐ нормальний

☐ має функціональні обмеження (деталізувати) _____

Стан верхніх кінцівок:

☐ ліва

☐ права

☐ нормальний

☐ має функціональні обмеження (деталізувати) _____

Стан тулуба:

☐ нормальний

☐ має функціональні обмеження (деталізувати) _____

Стан інших систем організму:

☐ відсутні супутні захворювання

☐ неврологічне захворювання центральної або периферійної нервової систем

☐ ендокринне захворювання (цукровий діабет)

☐ серцево-судинне захворювання

☐ захворювання, пов'язані з порушеннями координації та рівноваги

☐ інше (зазначити) _____

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

Функціональні можливості

спроможність самостійно встати з положення сидячи	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно сісти з положення стоячи	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно стояти	☐ так	☐ ні
спроможність пересуватись у кріслі колісному	☐ так	☐ ні
спроможність ходити по рівних поверхнях зі сторонньою допомогою	☐ так	☐ ні
спроможність ходити по рівних поверхнях з допоміжними засобами	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно ходити по рівних поверхнях	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно ходити по нерівних поверхнях	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно ходити сходами з поруччям	☐ так	☐ ні
спроможність самостійно ходити сходами без поруччя	☐ так	☐ ні

Мета ортезування

стосовно деформації:

☐ запобігання

☐ зменшення

☐ стабілізація невиправної деформації

стосовно руху суглоба:

☐ обмеження амплітуди

☐ збільшення амплітуди

стосовно сегмента:

☐ збільшення довжини сегмента

☐ поліпшення форми сегмента

стосовно м'язової активності:

☐ компенсація слабкої м'язової активності

☐ контроль гіперфункції м'язів

стосовно рівня навантаження:

☐ зменшення

☐ перерозподіл

Висновок лікаря щодо призначення підвиду ортеза певної функціональності

Найменування виробу _____

Шифр виробу _____

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

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

Із призначенням ознайомлений(а) _____
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ 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 ПРИЗВИЩЕ одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання замовника _____

Керівник підприємства _____
(інша уповноважена особа) (Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ) (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