

ЗАМОВЛЕННЯ* № _____
на ортези верхніх 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

Причини порушень і стан ураженої верхньої кінцівки

Причина порушення: ☐ травма ☐ вроджені вади
Захворювання: ☐ неврологічне ☐ дегенеративно-дистрофічне
☐ 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 верхньої кінцівки:

☐ ліва

☐ права

☐ нормальний

☐ має функціональні обмеження (деталізувати) _____

Стан інших систем організму:

☐ відсутні супутні захворювання

☐ неврологічне захворювання центральної або периферійної нервової систем

☐ серцево-судинне захворювання

☐ інше (зазначити) _____

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

Функціональні можливості та здатність до самообслуговування

Функції ураженої кисті:

спроможність піднімати/хапати (наприклад, здатність взяти та перемістити олівець, який лежить на столі)

☐ так

☐ ні

спроможність відпускати об'єкт із кисті

☐ так

☐ ні

Функції всієї ураженої верхньої кінцівки:

спроможність притягати (переміщати об'єкт до себе)

☐ так

☐ ні

спроможність відштовхувати

☐ так

☐ ні

спроможність витягувати (з метою дотягтися до об'єкта)

☐ так

☐ ні

спроможність реалізувати опорну функцію

☐ так

☐ ні

Здатність до самообслуговування:

спроможність самостійно митися, доглядати за частинами тіла

☐ так

☐ ні

спроможність самостійно одягатися

☐ так

☐ ні

спроможність самостійно вживати їжу, напої

☐ так

☐ ні

Мета ортезування

стосовно деформації:

☐ запобігання

☐ зменшення

☐ стабілізація невинної деформації

стосовно руху суглоба:

☐ обмеження амплітуди

☐ збільшення амплітуди

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 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