ADELI MEDICAL CENTER

Анкета для тех, кто интересуется экзоскелетотерапией HAL

Имя, Фамилия:	Требования:
Место жительства:	
Телефон:	
Email:	**Параметры тела:**
Пол:	Рост: ..... см
Дата рождения:	Вес: ..... кг
	Размер ноги: ..... см
Возраст:	Ортез: ○ Да ○ Нет

Повседневная активность:

Ходьба:	○ Самостоятельная	○ Нуждаюсь в помощи
Использование инвалидной коляски:	○ Да	○ Нет
Вспомогательные средства для ходьбы:	○ Да	○ Нет

Среди следующих утверждений отметьте те, которые соответствуют Вам больше всего:

- ○ Способен (а) стоять с поддержкой
- ○ Способен (а) сидеть самостоятельно
- ○ Вес 40-100кг ○ Рост 165-185см
- ○ Отсутствуют значительные ограничения суставов (деформация, воспаление, вывих и т.д.)
- ○ Нет тяжелого когнитивного расстройства (способен (а) понимать инструкции)
- ○ Нет страха перед обмороком или головокружением
- ○ Нет проблем с креплением пояса HAL
- ○ Не беременна
- ○ Нет чувствительности кожи к электродам
- ○ Гипертония ○ Остеопороз
- ○ Активное имплантируемое устройство (напр. кардиостимулятор)
- ○ Другое.....

Место жительства:

История болезни:

(включая хирургические вмешательства)

Мобильность:

Положение сидя:	○ Самостоятельно	○ Нуждаюсь в помощи	○ Полностью зависим от помощи	○ *Примечание.....
Вставание:	○ Самостоятельно	○ Нуждаюсь в помощи	○ Полностью зависим от помощи	○ *Примечание.....
Удержание вертикального положения:	○ Самостоятельно	○ Нуждаюсь в помощи	○ Полностью зависим от помощи	○ *Примечание.....

Приседание:	○	Самостоятельно	○	Нуждаюсь в помощи	○	Полностью зависим от помощи	○	*Примечание.....
Подъем по лестнице:	○	Самостоятельно	○	Нуждаюсь в помощи	○	Полностью зависим от помощи	○	*Примечание.....
*При необходимости, укажите, какая помощь требуется, напр., поручень, трость, ортез, ходунки, поддержка за руку и т.д..								

Опрос:

1. Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо медикаменты?

2. Имеются ли у Вас пролежни либо другие открытые раны? Если да, то где?

3. Имеются ли суставы с ограниченной подвижностью (напр., контрактуры)?

4. Был ли у Вас недавно перелом кости?

5. Были ли за последние 12 месяцев случаи легочной эмболии или тромбоза?

6. Имеются ли тяжелые заболевания легких или сердца, такие как ХОБЛ, инфаркт, либо ишемическая болезнь сердца?

7. Имеете ли Вы проблемы с кровообращением во время физических упражнений?

8. Были ли у Вас бактериальные инфекции, такие как MRSA, ESBL, MRGN и/или VRE?

9. Способны ли Вы сокращать мышцы бедра и колена?

10. Страдаете ли Вы эпилепсией?

11. Имеются ли у Вас медицинские имплантаты, такие как кардиостимулятор, шунт и/или стент?

12. Каковы Ваши пожелания и цели относительно HAL-терапии?

13. Сможете ли вы выдержать тридцать минут вертикализации?