

Dotazník pre záujemcu terapie Exoskeleton HAL

Meno Priezvisko:		Požiadavky:	
Adresa:			
Číslo telefónu:			
Email:			
Pohlavie:		Velkosť postavy:	
Dátum narodenia:		Výška:.....cm	
Vek:		Hmotnosť:.....kg	
		Velkosť topánok:.....cm	
		Ortézy: ☐ áno ☐ nie	
Každodenný život:			
Chôdza:	☐ samostatná	☐ nie potrebujem pomoc	
Používam rolátor:	☐ áno	☐ nie	
Pomôcka:	☐ áno	☐ nie	
Označte body, ktoré sa vás týkajú:			
☐ stojí s oporou ☐ samostatné sedenie ☐ hmotnosť 40-100kg ☐ výška 165-185cm ☐ žiadne závažné obmedzenia kĺbov (deformita, zápal, vyklbenie atď.) ☐ žiadna závažná kognitívna porucha (je schopný porozumieť pokynom) ☐ žiadne obavy z mdlôb alebo závratov ☐ zvládne mať nasadené a utiahnuté upevnenie k prístroju HAL v oblasti trupu ☐ žiadne tehotenstvo ☐ žiadna citlivosť kože na elektródy ☐ hypertenzia ☐ osteoporóza ☐ Implantovaná aktívna zdravotnícka pomôcka (napr. peacemaker alebo kardiostimulátor) ☐ iné			
Diagnóza:			
Anamnéza: (vrátane operácie)			
Fyzické schopnosti:			
Sedenie:	☐ samostatne	☐ potrebuje pomoc	☐ nesamostatné ☐ *pozn.
Vstávanie:	☐ samostatne	☐ potrebuje pomoc	☐ nesamostatné ☐ *pozn.
Státie:	☐ samostatne	☐ potrebuje pomoc	☐ nesamostatné ☐ *pozn.
V podpore:	☐ samostatne	☐ potrebuje pomoc	☐ nesamostatné ☐ *pozn.
Chôdza po schodoch:	☐ samostatne	☐ potrebuje pomoc	☐ nesamostatné ☐ *pozn.
*Ak je to potrebné uveďte, aký typ pomoci je potrebný, napr. zábradlie, vychádzková palica, ortéza, pomôcka pri chôdzi, atď.			

Otázky:

1. Užívate v súčasnosti lieky?
2. Máte preležaniny alebo iné otvorené rany? Ak áno, kde?
3. Existujú nejaké kĺby, ktorými nie je možné plne pohybovať (napr. kontraktúry)?
4. Mali ste v poslednom čase zlomeninu kostí?
5. Mali ste za posledných 12 mesiacov pľúcnu embóliu alebo trombózu?
6. Máte závažné ochorenie pľúc alebo srdca, ako je CHOCHP, srdcový infarkt, ischemická choroba srdca?
7. Trpíte počas športu problémami s krvným obehom?
8. Mali ste nejaké baktérie alebo infekcie, ako napríklad MRSA, ESBI, MRGN alebo VRE?
9. Ste schopný kontrahovať svaly bedrového a kolenného kĺbu?
10. Trpíte epilepsiou?
11. Máte lekárske implantáty, napríklad kardiostimulátor, shunt alebo stent?
12. Aké sú vaše želania a ciele pri liečbe HAL?
13. Zvládnete tridsať minút vertikalizácie?