



## KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

### OPIS STANU PACJENTA KWALIFIKOWANEGO NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII (wypełnia lekarz pierwszego kontaktu)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Waga..... Wzrost.....

Adres.....

ROZPOZNANIE.....

.....

.....

.....

PRZYCZYNA.....

.....

.....

POCZĄTEK CHOROBY.....

.....

PODSTAWOWE DEFICYTY (właściwe podkreślić):

upośledzenie fizyczne    upośledzenie umysłowe    zaburzenia emocjonalne    zaburzenia kontaktu

**SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA I PRZECIWWSKAZANIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**WYSTĘPUJĄCE ZABURZENIA:** (właściwe podkreślić i ewentualnie uzupełnić)

WZROKU.....

SŁUCHU.....

MOWY.....

UKŁADU KRAŻENIA.....

UKŁADU NARZĄDÓW RUCHU - ZAB. ORTOPEDYCZNE.....

.....

.....



UKŁADU NERWOWEGO.....  
.....  
.....

CHOROBY METABOLICZNE.....

CHOROBY SKÓRY.....

CHOROBY REUMATYCZNE/REUMATOIDALNE: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze zapalenie stawów,  
ZZSK, inne .....

**ALERGIA (jaka?)**.....

Czy dziecko nosi przy sobie leki I-szej potrzeby?..... Jakie?.....

INNE SCHORZENIA I ZABURZENIA.....  
.....

PRZYJMOWANE LEKI (stałe).....  
.....

WYMAGANE KONSULTACJE DO KWALIFIKACJI NA HIPOTERAPIĘ:

ortopedyczna       neurologiczna       audiologiczna       okulistyczna       kardiologiczna

psychiatryczna       alergologiczna      inna .....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/



(pieczęć placówki kwalifikującej)

## KONSULTACJA NEUROLOGICZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII (wypełnia lekarz neurolog)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Adres.....

### TEST FUNKCJONALNY P/N (prawidłowo-P, nieprawidłowo-N):

kontrola głowy P/N, kontrola tułowia P/N, siedzenie samodzielne P/N, stanie samodzielne P/N, chód samodzielny P/N, chód z pomocą osób trzecich/przedmiotów, zaburzenie równowagi, zaburzenie koordynacji ruchowej, inne .....

### ZABURZENIA NEUROLOGICZNE

CZUCIE:      prawidłowe.....  
                  wzmoczone (gdzie?).....  
                  osłabione (gdzie?).....

NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE: prawidłowe.....  
                                  wzmoczone (gdzie?).....  
                                  obniżone (gdzie?).....

PRZETRWAŁE ODRUCHY: stos, atos, opistotonus, inne (jakie?).....

ATAKSJA.....

ATETOZA.....

EPILEPSJA:    postać.....  
                                  częstość napadów.....  
                                  leczenie.....

PRZEPUKLINA OPONOWA (OPONOWO-RDZENIOWA) .....

WODOGŁOWIE (czy są zastawki?).....

ZABURZENIE KONTROLI POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH.....

INNE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE.....

**ROZPOZNANIE**.....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/



(pieczętka placówki kwalifikującej)

## KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII (wypełnia lekarz ortopeda)

Imię i nazwisko.....  
Data urodzenia..... Adres.....

### ZABURZENIA ORTOPEDYCZNE

WADA POSTAWY: łopatki odstające, asymetryczne, transpozycja tułowia na prawo/lewo.....  
PLECY: okrągłe, płaskie, wklęsłe.....  
SKOLIOZA (jaka?-stopień).....  
KOLANA: koślawe, szpotawe, z przeprostem.....  
STOPA (prawa-P, lewa-L): płasko koślawą P/L; płaska P/L; końsko-szpotawą P/L; inna... ..  
ubytki lub inne deformacje P/L.....  
SKRÓCENIE KOŃCZYNY P/L.....  
DEFORMACJA KOŃCZYNY (rodzaj): górnej P/L; dolnej P/L.....  
AMPUTACJA: kg P/L; kd P/L, poziom .....

DYSPLAZJA/ZWICHNIĘCIE STAWU BIODROWEGO: P/L, wyleczone, nieleczone.....  
NIESTABILNOŚĆ SZCZYTOWO-POTYLICZNA (np. w Zespole Downa).....  
OSTEOPOROZA, OSTEOMACJA (gdzie?) .....

ZWYRODNIENIA STAWÓW (jakich?).....  
JAŁOWA MARTWICA KOŚCI (gdzie?).....  
INNE ZABURZENIA.....

**POMOCE ORTOPEDYCZNE** (sprzęt, protezy, ortezy, obuwie specjalistyczne, inne):

**ROZPOZNANIE:** .....

**UWAGI:** .....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/