

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЫ

Дата поступления:

Дата осмотра:

Отделение:

ФИО пациента:

Этап медицинской реабилитации (выбрать нужное):

первый;

второй;

третий

1. Клинический диагноз:

2. Оценка реабилитационного статуса пациента:

первичный осмотр

повторный осмотр

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) _____ баллов.

Реабилитационные шкалы:

3. Реабилитационный диагноз (в категориях МКФ)

МКФ категориальный профиль												
МКФ категории		МКФ классификатор								Исх.	Повт.	
		проблемы										
Функции						0	1	2	3	4		
		проблемы										
Структуры						0	1	2	3	4		
		проблемы										
Активность \ участие						0	1	2	3	4		
		Позитивные факторы				Барьеры						
Факторы окружающей среды		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		
Персональные												

4. Реабилитационная цель:

5. Задачи:

6. **Реабилитационный потенциал** (указать уровень максимально возможного восстановления):

- высокий** **низкий**
 средний **отсутствует**

7. **Факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий**
(выбрать нужное):

Состояние/синдром	Наличие/ отсутствие
Прогрессирующий функциональный дефицит	
Выраженный болевой синдром	
Состояние декомпенсации соматических функций, требующих их протезирования (ИВЛ, гемодиализ, плазмаферез и т.д.) или коррекции жизненно-важных функций при условии их постоянного мониторинга в отделении реанимации и интенсивной терапии (инотропная поддержка и т.д.)	
Клинико-лабораторные признаки инфекционно-воспалительного процесса (менингит, пневмония, пролежни, диарея, цистит и т.д.).	
Недостаточность кровообращения III-IV функционального класса по NYHA	
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии и тромбоэмболические нарушения других внутренних органов в анамнезе, тромбоз вен нижних конечностей с флотацией	
Нарушения сердечного ритма: желудочковые экстрасистолы и тахикардия опасных градаций, бради- или тахиаритмические формы постоянной/пароксизмальной фибрилляции предсердий; синоатриальная и атриовентрикулярная блокады 2-3-ей степени, кроме пациентов с имплантированными кардиостимуляторами синдром слабости синусового узла	
Артериальная гипертензия, недостаточно коррегируемая медикаментозной терапией с кризовым течением с признаками нарушения азотовыделительной функции почек	
Сахарный диабет тяжелого течения или в стадии декомпенсации	
Хроническая почечная недостаточность 3-4 ст.	
Нестабильная стенокардия	
Выраженный аортальный стеноз	
Аневризма левого желудочка	
Рецидив онкологического заболевания	
Синдром автономной дисрефлексии	
Анемия тяжелой степени	
Нарушение функции тазовых органов (наличие цистостомического дренажа, МКБ, обострение уроинфекции)	
Тяжелая белково-энергетическая недостаточность, кахексия, выраженная гипотрофия	
Трофические нарушения кожных покровов	
Гетеротопическая оссификация, сформировавшиеся контрактуры	
Выраженные статодинамические нарушения	
Низкая толерантность к физическим нагрузкам	
Грубый психоорганический синдром или деменция, исключающие продуктивный контакт с окружающими	

Нарушения поведения, препятствующие проведению мероприятий по медицинской реабилитации	
Отсутствие родственников или постоянного места жительства, куда пациенты могут быть выписаны после завершения лечения	
Отсутствие мотивированности пациента для проведения реабилитационного лечения, депрессивный фон настроения	
Отсутствие визуализации зоны поражения	
Иное (указать)	

8. Факторы риска проведения реабилитационных мероприятий (оценивается на 3-7 день от начала реабилитационных мероприятий) (выбрать нужное):

развитие гипертонической или гипотонической реакции на восстановительные мероприятия, что может сопровождаться снижением спинального или кардиального кровотока, легочной вентиляции	
появление одышки	
резкое изменение цвета и влажности кожных покровов	
нарушения ритма и проводимости сердца	
усиление психомоторного возбуждения	
угнетение активности	
возникновение резких болевых ощущений	
появление патологической подвижности в пораженном сегменте опорно-двигательного аппарата	
иное (указать)	

9. Заключение специалистов (динамический осмотр на 7,14 день реабилитационного лечения)

Заключение врача - физиотерапевта:

Заключение врача по лечебной физкультуре:

Заключение врача - рефлексотерапевта:

Заключение логопеда:

Заключение медицинского психолога/психотерапевта:

Заключение специалиста по эргореабилитации (при наличии):

ФИО, подпись:

Лечащий врач/врач ФРМ (при наличии)	
Врач-физиотерапевт	
Врач по лечебной физкультуре	
Врач-рефлексотерапевт	
Медицинский логопед	
Медицинский психолог/психотерапевт	
Специалист по эргореабилитации (при наличии)	
Зав. отделением	