



KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Imię i nazwisko dziecka:

Strona | 1

.....

Imiona i nazwiska rodziców:

.....

Data urodzenia:

PESEL.....

Waga.....

Wzrost.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

Tel.:.....

Rozpoznanie.....

.....

.....

.....

OPIS STANU PACJENTA

Test funkcjonalny:

- kontrola głowy.....

- siedzi samodzielnie.....

- chodzi samodzielnie.....

- chodzi z pomocą.....



- używany sprzęt rehabilitacyjny oraz protezowanie.....
.....
.....
- zaburzenia równowagi.....
- zaburzenia koordynacji ruchowej.....
- inne.....

Ocena układu kostno – stawowego :

- stawu biodrowego.....
- zniekształcenia w obrębie układu kostnego.....
- przykurcze, deformacje.....
- wada postawy.....
- skrzywienie kręgosłupa (podać, jakie skrzywienie, stopień)
.....
.....
- kolana: koślawe, szpotawe, z przeprostem
- stopy: płasko kośława, płaska, końsko-szpotawa, inna.....
- ubytki lub inne deformacje.....
.....
- skrócenie kończyny.....
- amputacja (poziom).....
- miednica: przodopochylenie, tyłopochylenie.....
- niestabilność szczytowo-potyliczna (np. w zespole Downa).....
.....
- zwyrodnienie stawów (jakich?).....;
- zeszywnienie kręgosłupa
- osteoporoza.....



Ocena napięcia mięśniowego: (osłabione, wzmożone, gdzie?)

.....
.....

Zaburzenia neurologiczne:

- ruchy mimowolne.....

.....

- padaczka (częstość występowania ataków, postać, leczenie)

.....

.....

- wodogłowie (obecność zastawki).....

- zaburzenia czucia.....

.....

- przetrwałe odruchy: ATOS, STOS, inne (jakie?).....

.....

- ataksja.....

- atetoza.....

- niedowład, porażenia.....

.....

- inne.....

.....

Zaburzenia układu krążenia (wady serca):

.....

.....

Czynności fizjologiczne (samodzielnie, z pomocą).....

.....

Wady wzroku (w przypadku wady wzroku konieczna jest zgoda

lekarza okulisty na jazdę konną)

.....

.....



Wady słuchu (czy nosi aparat słuchowy?)

.....
.....

Zaburzenia mowy (czy jest pod opieką poradni logopedycznej?)

.....
.....

Inne schorzenia (cukrzyca, niewydolność nerek, choroby układu oddechowego)

.....

Przebyte operacje i zabiegi chirurgiczne:

.....
.....

Przyjmowane leki:.....

.....

Choroby skóry:.....

.....

Alergia (podać na co)

.....

Poziom rozwoju intelektualnego:

- norma.....
- opóźnienie rozwoju intelektualnego.....
- upośledzenie umysłowe (stopień).....



- inne informacje.....

.....

Rozwój emocjonalny i społeczny:

- obszar rozwoju społecznego.....

.....

.....

- obszar rozwoju emocjonalnego.....

.....

Szczegółowe zalecenia dotyczące zajęć hipoterapii:

.....

.....

.....

Założenia:

Dziecka nie dotyczą następujące przeciwwskazania lub ograniczenia do zajęć hipoterapii:

- uczulenie na sierść, pot lub zapach konia
- niewygojone rany
- schorzenia okulistyczne¹
- pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, nadpobudliwości psychoruchowej, chorobach mięśni
- całkowity brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym



•utrwalone deformacje i zniekształcenia, przykurcze, ograniczenia zakresu ruchu układu kostno-stawowego, np. zwichnięcia w stawach biodrowych, zaburzenia mineralizacji kości²

¹ wymagana konsultacja okulisty

² wymagana konsultacja ortopedy

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza)

**NIE STWIERDZONO PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA
W ZAJĘCIACH HIPOTERAPEUTYCZNYCH**

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza)

Kontakt do Fundacji: tel.: 509 796 282, e-mail: kontakt@dzieciwujatoma.pl