„HEJ, KONIKU!"
FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

(pieczątka 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 ☐ wzmożone (gdzie?)…….. ☐ osłabione (gdzie?)……

NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE: ☐ prawidłowe ☐wzmożone (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……

……

……

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

☐ nie stwierdzam **☐ stwierdzam**

uwagi .....

.....

.....

…… ……

/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/