

ANKIETA SMA
Rdzeniowy zanik mięśni

I. Dane osobowe

Imię nazwisko		
Data urodzenia		
Adres zamieszkania		
Telefon		
e-mail		
Inne		

II. Rozwój psychomotoryczny

Czynność	Wykonuje aktualnie	Wykonywał kiedykolwiek	Kiedy umiejętność zanikła	
Siedzenie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Siadanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wstawanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stanie samodzielne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Umiejętność chodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- samodzielnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- z pomocą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- przy poręczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

III. Historia choroby

Nazwa choroby	Data diagnozy	Rodzaj badań
1. Werdnig -Hoffmann <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Biopsja <input type="checkbox"/> EMG
2. Kugelberg-Welander <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Badania genetyczne
3. SMA IV - dorośli <input type="checkbox"/>		

IV. Zażywane leki

Leki zażywane wcześniej	Leki zażywane aktualnie
Uwagi i obserwacje	

Proszę określić czas , dawkę i sposób zażywania leków

V. **Rehabilitacja** / podać jak często i w którym okresie życia/

Basen i hydroterapia	Fizykoterapia	Rehabilitacja ruchowa
		z rehabilitantem ind. <input type="checkbox"/>
		z rodzicami ind. <input type="checkbox"/>
		grupowa <input type="checkbox"/>

VI. **Postępowanie ortopedyczne**

1. Czy stosowano aparaty ortopedyczne? Tak Nie

Jakie i kiedy? /łuski,

gorsety/

2. Aktualne zniekształcenia ciała:

- skrzywienie kręgosłupa
- przykurcze rąk
- przykurcze nóg
- zniekształcenia stopy
- inne

3. Wykonane operacje ortopedyczne:

- usztywnienie kręgosłupa
- korekcja nóg
- inne

VII. **Realizacja obowiązku szkolnego**

- nauczanie indywidualne
- uczęszczanie do szkoły masowej
- inne

Ukończona szkoła

.....

VIII. **Kariera zawodowa**

1. Czas i miejsce pracy ?
2. Inne

IX. **Źródła utrzymania** / zaznaczyć właściwą i podać wysokość/

- renta pracownicza
- renta socjalna
- na utrzymaniu rodziców
- inne

X. **Sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy**

Używany	Poszukiwany	Zbędny

Uwagi i wnioski na temat

ankiety:

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na umieszczenie powyższych informacji w bazie danych i wykorzystanie ich do celów badawczych i propagandowych

podpis:.....