

NARZĘDZIE DO MONITOROWANIA



KARTY MONITOROWANIA POSTĘPÓW PACJENTA

**DOKUMENTUJ EFEKTY TERAPII I ZMIANY W
STANIE PACJENTA KROK PO KROKU**

- ✓ 6 rodzajów kart - od danych wyjściowych po podsumowanie wypisu
- ✓ Gotowy wykres bólu do ręcznego prowadzenia przez 12 tygodni
- ✓ Kamienie milowe postępu zgodne z fazami atlasu protokołów

NARZĘDZIE DLA FIZJOTERAPEUTY I PACJENTA

Jak korzystać z kart monitorowania

Ten zestaw zawiera sześć rodzajów kart do dokumentowania przebiegu terapii - od wartości wyjściowych, przez bieżące dzienniki sesji i wykres bólu, po podsumowanie przy wypisie.

SPIS KART

- 1** Karta danych wyjściowych - wypełniana raz, na początku terapii
- 2** Dziennik sesji terapeutycznej - kopiuj i wypełniaj po każdej sesji
- 3** Wykres bólu w czasie - do ręcznego naniesienia trendu na 12 tygodni
- 4** Kamienie milowe postępu - zaznaczane wraz z osiągnięciem kolejnych etapów
- 5** Porównanie oceny funkcjonalnej - w kilku punktach czasowych terapii
- 6** Podsumowanie wypisu - wypełniane na zakończenie terapii

1 Karta danych wyjściowych (wypełnij na start)

Wypełnij tę kartę podczas pierwszej wizyty. Będzie ona punktem odniesienia do porównań na kolejnych kartach monitorowania.

Imię i nazwisko

Data rozpoczęcia terapii

Rozpoznanie / klasyfikacja kliniczna

Protokół startowy (numer i faza)

Ból spoczynkowy - wartość wyjściowa (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból przy aktywności - wartość wyjściowa (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

OGRANICZENIA FUNKCYJNALNE NA START

- | | |
|--|--|
| ☐ Siedzenie dłużej niż 30 minut | ☐ Sen bez przebudzeń związanych z bólem |
| ☐ Stanie dłużej niż 15 minut | ☐ Prowadzenie samochodu |
| ☐ Chodzenie na dystansie potrzebnym w codziennym życiu | ☐ Wykonywanie obowiązków zawodowych |
| ☐ Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów codziennego użytku | ☐ Aktywność rekreacyjna / sportowa |
| ☐ Ubieranie się i czynności higieniczne | |

Główne cele pacjenta na terapię

2 Dziennik sesji terapeutycznej

Wypełniaj jedną kartę po każdej sesji lub raz w tygodniu. Skopiuj ten wzór tyle razy, ile potrzebujesz na cały okres terapii.

Data sesji

Numer sesji / tygodnia

Wykonane protokoły / ćwiczenia

Ból przed sesją (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból po sesji (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Reakcja na sesję:

☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Uwagi terapeuty

Plan na kolejną sesję

2 Dziennik sesji terapeutycznej

Data sesji

Numer sesji / tygodnia

Wykonane protokoły / ćwiczenia

Ból przed sesją (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból po sesji (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Reakcja na sesję:

☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Uwagi terapeuty

Plan na kolejną sesję

Data sesji

Numer sesji / tygodnia

Wykonane protokoły / ćwiczenia

Ból przed sesją (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból po sesji (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Reakcja na sesję:☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Uwagi terapeuty

Plan na kolejną sesję

2 Dziennik sesji terapeutycznej

Data sesji

Numer sesji / tygodnia

Wykonane protokoły / ćwiczenia

Ból przed sesją (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból po sesji (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Reakcja na sesję:

☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Uwagi terapeuty

Plan na kolejną sesję

Data sesji

Numer sesji / tygodnia

Wykonane protokoły / ćwiczenia

Ból przed sesją (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból po sesji (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Reakcja na sesję:☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Uwagi terapeuty

Plan na kolejną sesję

2 Dziennik sesji terapeutycznej

Data sesji

Numer sesji / tygodnia

Wykonane protokoły / ćwiczenia

Ból przed sesją (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból po sesji (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Reakcja na sesję:

☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Uwagi terapeuty

Plan na kolejną sesję

3 Wykres bólu w czasie (12 tygodni)

Po każdej sesji lub raz w tygodniu zaznacz punkt odpowiadający poziomowi bólu i połącz punkty linią, aby zobaczyć trend w czasie.



Zaznacz datę osiągnięcia każdego kamienia milowego. Kolejność osiągania może się różnić w zależności od pacjenta.

- | | |
|--|-------------------|
| ☐ Zmniejszenie bólu spoczynkowego o co najmniej połowę względem wartości wyjściowej | <i>data</i> _____ |
| ☐ Możliwość siedzenia przez ponad 20-30 minut bez nasilenia objawów | <i>data</i> _____ |
| ☐ Chodzenie na dystansie potrzebnym w codziennym życiu bez nasilenia bólu | <i>data</i> _____ |
| ☐ Brak objawów promieniujących do kończyny dolnej | <i>data</i> _____ |
| ☐ Opanowanie prawidłowej aktywacji mięśni głębokich (core) | <i>data</i> _____ |
| ☐ Powrót do podstawowych obowiązków domowych i zawodowych | <i>data</i> _____ |
| ☐ Powrót do preferowanej aktywności rekreacyjnej lub sportowej | <i>data</i> _____ |
| ☐ Samodzielne stosowanie strategii profilaktycznych bez przypominania | <i>data</i> _____ |

5 Porównanie oceny funkcjonalnej

Porównaj status funkcjonalny na starcie terapii i w trakcie kolejnych reoceny, aby udokumentować postęp.

Czynność	Start	Tydz. 4	Tydz. 8	Wypis
Siedzenie dłużej niż 30 minut				
Stanie dłużej niż 15 minut				
Chodzenie na dystansie potrzebnym w codziennym życiu				
Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów codziennego użytku				
Ubieranie się i czynności higieniczne				
Sen bez przebudzeń związanych z bólem				
Prowadzenie samochodu				
Wykonywanie obowiązków zawodowych				
Aktywność rekreacyjna / sportowa				

Wpisz: OK (bez ograniczeń) / częściowo / nie

6 Podsumowanie wypisu z terapii

Imię i nazwisko

Data zakończenia terapii

Liczba sesji łącznie

Czas trwania terapii

Ból spoczynkowy przy wypisie (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

Ból przy aktywności przy wypisie (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

brak bólu

ból maksymalny

OSIĄGNIĘTE CELE

ZALECENIA PO ZAKOŃCZENIU TERAPII

☐ Kontynuacja programu profilaktycznego (Protokół 94-95 / Program E ćwiczeń domowych)

☐ Zaplanowana wizyta kontrolna

Data wizyty kontrolnej (jeśli dotyczy)

Dodatkowe zalecenia

Podpis terapeuty