

NARZĘDZIE KLINICZNE



KARTY OCENY I MONITOROWANIA POSTĘPÓW PACJENTA

**20 SAMODZIELNYCH KART REFERENCYJNYCH
DO OCENY I ŚLEDZENIA POSTĘPÓW TERAPII**

- ✓ 12 kart oceny - technika i interpretacja kluczowych testów
 - ✓ 8 kart monitorowania - szybkie formularze postępu
- ✓ Format karta-na-stronę, gotowy do druku i użycia na sesji

NARZĘDZIE DLA FIZJOTERAPEUTY

Jak korzystać z kart

Ten zestaw zawiera 20 samodzielnych kart referencyjnych - 12 kart oceny (szybkie przypomnienie wykonania i interpretacji najważniejszych testów klinicznych) oraz 8 kart monitorowania (kompaktowe formularze do szybkiego zapisu postępów pacjenta). Każda karta działa niezależnie - możesz drukować i używać tylko tych, których aktualnie potrzebujesz.

CZĘŚĆ 1 - KARTY OCENY (1-12)

Szybkie karty referencyjne najważniejszych testów klinicznych stosowanych przy ocenie bólu odcinka lędźwiowego i przepukliny krążka międzykręgowego - do wykorzystania podczas badania jako przypomnienie techniki i interpretacji wyniku.

CZĘŚĆ 2 - KARTY MONITOROWANIA (13-20)

Kompaktowe formularze do szybkiego dokumentowania przebiegu terapii - od pojedynczej wizyty, przez porównania w czasie, po podsumowanie zakończenia terapii.

Przesiew czerwonych flag

CEL TESTU

Szybka weryfikacja bezpieczeństwa przed kontynuacją standardowej oceny.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Wywiad z pacjentem, dowolna pozycja.

WYKONANIE

1. Zapytaj o zaburzenia oddawania moczu lub stolca o nowym początku.
2. Zapytaj o zaburzenia czucia w okolicy siodłowej.
3. Zapytaj o postępujące osłabienie obu nóg.
4. Zapytaj o gorączkę, niewyjaśnioną utratę masy ciała, historię nowotworu.
5. Zapytaj o znaczący uraz poprzedzający objawy.

WYNIK DODATNI

Odpowiedź twierdząca na którekolwiek pytanie wymaga dalszej, pilnej oceny medycznej.

ZNACZENIE KLINICZNE

Obecność czerwonej flagi wstrzymuje standardowe postępowanie fizjoterapeutyczne do czasu wykluczenia poważnej patologii.

Test Lasegue'a (Straight Leg Raise, SLR)

CEL TESTU

Ocena napięcia neuralnego korzeni L4-S1 i nerwu kulszowego.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent leży na plecach, kończyny dolne wyprostowane.

WYKONANIE

1. Unieś wyprostowaną nogę pacjenta, utrzymując kolano w pełnym wyproście.
2. Kontynuuj unoszenie do momentu zgłoszenia objawów lub oporu tkankowego.
3. Zanotuj kąt, przy którym pojawiają się objawy.
4. Delikatnie opuść nogę o kilka stopni i dodaj zgięcie grzbietowe stopy (test uzupełniający).

WYNIK DODATNI

Reprodukcja znanego bólu promieniującego poniżej kolana przy kącie poniżej 70 stopni, nasilająca się przy zgięciu stopy.

ZNACZENIE KLINICZNE

Sugeruje podrażnienie lub ucisk korzenia nerwowego L4-S1 albo nerwu kulszowego.

Test SLR skrzyżowany (Crossed SLR)

CEL TESTU

Zwiększenie swoistości badania w kierunku przepukliny krążka.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent leży na plecach, jak przy standardowym SLR.

WYKONANIE

1. Wykonaj SLR na kończynie bezobjawowej.
2. Obserwuj, czy unoszenie zdrowej nogi reprodukuje objawy po stronie objawowej.

WYNIK DODATNI

Reprodukcja objawów po stronie objawowej podczas unoszenia zdrowej kończyny.

ZNACZENIE KLINICZNE

Wysoka swoistość (choć niższa czułość) dla dużej przepukliny krążka międzykręgowego uciskającej korzeń nerwowy.

Test Slump

CEL TESTU

Ocena napięcia neuralnego całego łańcucha grzbietowego w pozycji siedzącej.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent siedzi na brzegu leżanki, ręce splecione za plecami.

WYKONANIE

1. Poproś pacjenta o zgarbienie (zgięcie) całego kręgosłupa.
2. Dodaj bierne zgięcie szyi (przyciągnięcie brody do klatki piersiowej).
3. Wyprostuj kolano badanej nogi.
4. Dodaj zgięcie grzbietowe stopy, obserwując reprodukcję objawów.
5. Poproś o uniesienie głowy - jeśli objawy ustępują, wynik potwierdza komponentę neuralną.

WYNIK DODATNI

Reprodukcja znanych objawów, ustępujących po wyprostowaniu szyi.

ZNACZENIE KLINICZNE

Silnie sugeruje udział napięcia neuralnego w obrazie klinicznym pacjenta.

Test Faber / Patrick

CEL TESTU

Różnicowanie dolegliwości stawu biodrowego od stawu krzyżowo-biodrowego.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent leży na plecach.

WYKONANIE

1. Ustaw kostkę badanej nogi na przeciwnym kolanie (pozycja 'czwórki').
2. Delikatnie opuść zgięte kolano w kierunku podłoża, stabilizując przeciwną miednicę.
3. Obserwuj lokalizację bólu i ograniczenie ruchu.

WYNIK DODATNI

Ból w pachwinie sugeruje patologię stawu biodrowego; ból z tyłu, w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, sugeruje jego dysfunkcję.

ZNACZENIE KLINICZNE

Pomaga różnicować źródło bólu między stawem biodrowym a stawem krzyżowo-biodrowym.

Test kompresji stawu krzyżowo-biodrowego

CEL TESTU

Prowokacja bólu pochodzącego ze stawu krzyżowo-biodrowego.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent leży na boku.

WYKONANIE

1. Umieść obie dłonie na górnym grzebieniu biodrowym.
2. Wywrzyj stopniowy nacisk skierowany w dół, w stronę podłoża.
3. Utrzymaj nacisk kilka sekund, obserwując reakcję bólową.

WYNIK DODATNI

Reprodukcja znanego bólu w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego.

ZNACZENIE KLINICZNE

Jeden z kłastrów testów prowokacyjnych sugerujących dysfunkcję stawu krzyżowo-biodrowego jako źródło objawów.

Test niestabilności odcinka lędźwiowego (Prone Instability Test)

CEL TESTU

Wykrycie niestabilności segmentalnej odcinka lędźwiowego.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent leży na brzuchu, tułów oparty o brzeg leżanki, stopy na podłodze.

WYKONANIE

1. Wykonaj badanie palpacyjne segmentalne (PA) w tej pozycji, notując bolesność.
2. Poproś pacjenta o uniesienie nóg nad podłogę, aktywnie napinając mięśnie grzbietu.
3. Powtórz badanie palpacyjne PA w tej samej lokalizacji podczas aktywacji mięśniowej.

WYNIK DODATNI

Ból obecny w pierwszej części testu, ustępujący podczas aktywnego napięcia mięśniowego w drugiej części.

ZNACZENIE KLINICZNE

Sugeruje niestabilność segmentalną możliwą do skorygowania poprzez trening stabilizacyjny.

Ocena siły mięśniowej - miotomy L2-S2

CEL TESTU

Szybka ocena funkcji korzeni nerwowych L2-S2 poprzez siłę mięśniową.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pozycje testowe zgodnie z badanym miotomem.

WYKONANIE

1. L2: zgięcie biodra - oceń w siadzie z oporem na udzie.
2. L3: wyprost kolana - oceń w siadzie z oporem na podudziu.
3. L4: zgięcie grzbietowe stopy - oceń w siadzie z oporem na grzbiecie stopy.
4. L5: wyprost dużego palca stopy - oceń z oporem na paluchu.
5. S1: zgięcie podszwowe / ewersja stopy - oceń siłą lub chodem na palcach.
6. S2: zgięcie kolana - oceń w leżeniu przodem z oporem na podudziu.

WYNIK DODATNI

Siła oceniona poniżej 5/5 w skali Lovett'a lub asymetria między stronami.

ZNACZENIE KLINICZNE

Osłabienie konkretnego miotomu wskazuje na możliwe zajęcie odpowiadającego mu korzenia nerwowego.

Dermatomy - szybki przegląd kończyny dolnej

CEL TESTU

Szybka orientacyjna ocena czucia powierzchownego.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Badanie lekkim dotykiem, porównanie strona do strony.

WYKONANIE

1. L1-L2: pachwina i przednio-przyśrodkowa część uda.
2. L3: przyśrodkowa część kolana i dolnej części uda.
3. L4: przyśrodkowa strona podudzia.
4. L5: grzbietowa strona stopy i duży palec.
5. S1: boczna strona stopy i pięta.
6. S2: tylna strona uda i podudzia.

WYNIK DODATNI

Osłabione lub zniesione czucie w konkretnym obszarze dermatomalnym.

ZNACZENIE KLINICZNE

Pomaga zlokalizować poziom zajętego korzenia nerwowego w połączeniu z badaniem siły i odruchów.

Odruchy głębokie kończyny dolnej

CEL TESTU

Ocena integralności łuku odruchowego na poziomie L3-S2.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Pacjent siedzi z opuszczonymi, rozluźnionymi nogami.

WYKONANIE

1. Odruch kolanowy (L3-L4): uderz młotkiem neurologicznym w więzadło rzepki.
2. Odruch skokowy / Achillesa (S1-S2): uderz w ścięgno Achillesa przy lekkim zgięciu grzbietowym stopy.
3. Porównaj symetrię i siłę odpowiedzi między stronami.

WYNIK DODATNI

Osłabiony, zniesiony lub wygórowany odruch, asymetria między stronami.

ZNACZENIE KLINICZNE

Osłabiony odruch sugeruje zajęcie odpowiadającego korzenia nerwowego; wygórowany może sugerować patologię ośrodkowego układu nerwowego.

Test ruchów powtarzalnych (metoda McKenziego)

CEL TESTU

Klasyfikacja kierunku preferencji ruchowej pacjenta.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Test wykonywany w stanie i/lub w leżeniu, zgodnie z protokołem.

WYKONANIE

1. Wykonaj 10 powtórzeń wyprostu w leżeniu na brzuchu, obserwując zmianę objawów.
2. Wykonaj 10 powtórzeń zgięcia w stanie, obserwując zmianę objawów.
3. Porównaj, który kierunek centralizuje (przesuwa objawy w stronę kręgosłupa), a który je obwodzi.

WYNIK DODATNI

Wyrażna centralizacja objawów przy jednym z kierunków ruchu powtarzalnego.

ZNACZENIE KLINICZNE

Kierunek centralizujący wskazuje preferowaną strategię terapeutyczną (np. protokoły oparte na wyproście).

Ocena chodu - szybki przegląd wzorców

CEL TESTU

Wykrycie kompensacji i asymetrii podczas chodu.

POZYCJA WYJŚCIOWA

Obserwacja chodu pacjenta na dystansie kilku metrów, z przodu, z boku i z tyłu.

WYKONANIE

1. Obserwuj długość kroku i symetrię między stronami.
2. Obserwuj ustawienie miednicy - opadanie po stronie wykroku (objaw Trendelenburga).
3. Obserwuj chód na piętach i na palcach jako funkcjonalny test siły L4-L5 i S1.
4. Zwróć uwagę na oszczędzanie jednej strony lub utykanie.

WYNIK DODATNI

Widoczna asymetria, utykanie, opadanie miednicy lub trudność chodu na piętach/palcach.

ZNACZENIE KLINICZNE

Nieprawidłowości chodu mogą wskazywać na osłabienie mięśniowe, ból lub kompensacyjne wzorce ruchowe wymagające dalszej korekty.

Karta szybkiego zapisu wizyty

Kompaktowa karta do wypełnienia w ciągu 1-2 minut na koniec każdej wizyty, gdy nie ma czasu na pełny dziennik sesji.

Data

Wykonane protokoły / techniki

Ból przed / po (0-10)

Reakcja (poprawa / bez zmian / pogorszenie)

☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie

Krótką notatką

Karta oceny bólu

Szczegółowa karta do udokumentowania charakteru bólu w danym momencie terapii, przydatna przy zmianie obrazu klinicznego.

Data

Lokalizacja bólu

Nasilenie w spoczynku (0-10)

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

brak bólu

ból maksymalny

Nasilenie przy aktywności (0-10)

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

brak bólu

ból maksymalny

Charakter (tępy/ostry/piekący/kłujący)

Co nasila / co łagodzi

Karta zakresu ruchu

Kompaktowe zestawienie zakresu ruchu do szybkiego porównania między wizytami.

Data

Zgięcie / Wyprost

Zgięcie boczne P / L

Rotacja P / L

Reakcja objawowa (centralizacja/obwodyzacja/brak)

Karta siły i funkcji

Szybki zapis kluczowych wskaźników siły mięśniowej i funkcji w danym punkcie terapii.

Data

Siła - kluczowe miotomy (L4/L5/S1)

Czas utrzymania deski (plank)

Liczba powtórzeń mostka

Dystans bezbolesnego marszu

Karta kamieni milowych

Kompaktowa lista najważniejszych etapów postępu terapii.

☐	Zmniejszenie bólu spoczynkowego o połowę	<i>data</i>
☐	Siedzenie powyżej 20 minut bez nasilenia objawów	<i>data</i>
☐	Chodzenie bez nasilenia bólu	<i>data</i>
☐	Brak objawów promieniujących	<i>data</i>
☐	Powrót do pracy / codziennych obowiązków	<i>data</i>
☐	Powrót do aktywności rekreacyjnej / sportowej	<i>data</i>

Karta porównania: start vs teraz

Migawka porównawcza do szybkiej wizualizacji postępu pacjenta względem wartości wyjściowych.

Data porównania

Ból spoczynkowy: start / teraz

Ból przy aktywności: start / teraz

Główne ograniczenie funkcjonalne: start / teraz

Ogólna ocena postępu pacjenta (1-10)

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

brak bólu

ból maksymalny

Karta celów pacjenta

Zapis celów uzgodnionych z pacjentem oraz stopnia ich realizacji w trakcie terapii.

Cel główny pacjenta

Cel dodatkowy 1

Cel dodatkowy 2

Stopień realizacji celu głównego (0-100%)

Data ostatniej weryfikacji celów

Karta zakończenia terapii

Kompaktowe podsumowanie na zakończenie cyklu terapeutycznego.

Data zakończenia

Liczba sesji łącznie

Ból spoczynkowy 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

Zaplanowana wizyta kontrolna