

Revalidatiearts:	Naam:
Leverancier:	Klant nr.: M/V
Datum:	Adres:
	Postcode: Plaats:
	Geb. dat.: ... / ... / Tel. Nr.:

Type voorz.:	Zijde:	Niveau amputatie:	Amp. Dat.:	Lengte/ gewicht:
<input type="checkbox"/> 1 ^{ste} Voorz.	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Transfem. / Knie-ex / Transtibiaal / .....	..... / ..... / .....	..... m
<input type="checkbox"/> Herhaling	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Transfem. / Knie-ex / Transtibiaal / .....	..... / ..... / .....	..... Kg (zonder prothese)

1. Hulpvraag / Verwachting van toekomstige prothese:

.....

.....

Mobiliteit: transfer, lopen binnen / buiten / trap, afstand, loophulpmiddel, oneffen terrein, buitenvervoer	.....
Zelfverzorging: kleden, prothese aan- en uittrekken, douchen	.....
Huishouden: huishoudelijke werkzaamheden, boodschappen	.....
Belangrijke levensgebieden: opleiding, werk, zinvolle dagbesteding, maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, recreatie, religie, enz.	.....

2. Activiteiten vóór amputatie/ Activiteiten vóór klachten betreffende been:

Mobiliteit: transfer, lopen binnen / buiten / trap, afstand, loophulpmiddel, oneffen terrein, buitenvervoer	.....
Zelfverzorging: kleden, prothese aan- en uittrekken, douchen	.....
Huishouden: huishoudelijke werkzaamheden, boodschappen	.....
Belangrijke levensgebieden: opleiding, werk, zinvolle dagbesteding, maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, recreatie, religie, enz.	.....

3. Activiteiten op dit moment:

Mobiliteit: transfer, huppen, lopen, loophulpmiddel, oefenprothese, balans
---	-------

4. Functies, anatomische eigenschappen en ziekte:

Oorzaak amputatie:			
<input type="checkbox"/> Atherosclerose	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Ontsteking	<input type="checkbox"/> Andere oorzaak:
<input type="checkbox"/> Diabetes +/- atherosclerose	<input type="checkbox"/> Oncologisch	<input type="checkbox"/> Congenitaal reductiedefect	.....

Functies en anatomische eigenschappen:

<input type="checkbox"/> Hart / long / neurologisch / gewrichten	<input type="checkbox"/> Cognitieve stoornissen, leervermogen
<input type="checkbox"/> Conditie andere been	<input type="checkbox"/> Angst voor lopen/bewegen
<input type="checkbox"/> Handfunctie	<input type="checkbox"/> Stemmingsstoornis
<input type="checkbox"/> Visus	<input type="checkbox"/> Overig:

Bijzonderheden van de stomp en gewrichten:	
<input type="checkbox"/> Lengte stomp (in cm): = <input type="checkbox"/> kort <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> lang <i>Lengte: transtibiaal gemeten vanaf mediale gewrichtsspleet, transfemoraal vanaf trochanter major</i>	
<input type="checkbox"/> Osseo-integratie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
<input type="checkbox"/> Vorm, stevigheid, weke delen, oedeem:	
<input type="checkbox"/> Wonden, littekens, huid, allergie, pijn, sensibiliteit:	
<input type="checkbox"/> Gewrichtsmobiliteit heup, knie:	
<input type="checkbox"/> Gewrichtsstabiliteit heup, knie:	
<input type="checkbox"/> Spierkracht heup, knie:	
5. Verwachte activiteiten met prothese:	
Afstemming cliënt / revalidatiearts:	
Mobiliteit: transfer, lopen binnen / buiten / trap, afstand, loophulpmiddel, oneffen terrein, buitenvervoer	...............
Zelfverzorging: kleden, prothese aan- en uittrekken, douchen Huishouden: huishoudelijke werkzaamheden, boodschappen	...............
Belangrijke levensgebieden: opleiding, werk, zinvolle dagbesteding, maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, recreatie, religie, enz.	..... ..... .....
6. Verwachte mobiliteitsklasse met prothese :	
Beoogd functioneren nieuwe voorziening (zowel invullen bij eerste als herhaalvoorziening):	K-level:
<input type="checkbox"/> Geen loop- of transferfunctie met prothese <input type="checkbox"/> Alleen binnenhuiswandelaar <input type="checkbox"/> Gelimiteerde buitenwandelaar <input type="checkbox"/> Buitenwandelaar die meeste obstakels kan nemen <input type="checkbox"/> Actieve buitenwandelaar	K0 K1 K2 K3 K4
Evaluatie gebruik huidige (=oude) voorziening m.b.v. SIGAM-WAP vragenlijst (alleen invullen bij herhaalvoorziening):	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ca (met looprek) <input type="checkbox"/> Da (looprek) <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cb (met 2 krukken/stokken/rollator) <input type="checkbox"/> Db (2 krukken/stokken/rollator) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cc (met 1 kruk/stok) <input type="checkbox"/> Dc (met 1 kruk/stok) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cd (zonder loophulpmiddel)	
Andere gebruikte instrumenten t.b.v. prognose:	
<input type="checkbox"/> Amputee Mobility Predictor Score Assessment Tool : <input type="checkbox"/> anders, namelijk:	
Indien beoogd functioneren met de herhaalvoorziening afwijkt van de vorige voorziening, gaarne beargumenteren:	
7. Keuze prothese-onderdelen en motivatie:	
.....	
8. Ondertekening / stempel revalidatiearts:	