



Kartelë pacienti: Fizioterapi

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Referimi dhe Ankesa

Referuar nga

Ankesa kryesore

Data e fillimit të simptomave

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Mekanizmi i dëmtimit

☐ Traumë akute ☐ Mbingarkesë kronike ☐ Post-operator ☐ Degjenerativ ☐ I panjohur

2. Dhimbja

Shkalla e dhimbjes (VAS 0-10)

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

Karakteristi i dhimbjes

☐ E mprehtë ☐ Shurdhët ☐ Djegëse ☐ Pulsuese ☐ Elektrike

Faktorë që e përkeqësojnë ose lehtësojnë

3. Anamneza Mjekësore

Operacione të mëparshme? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Sëmundje kardiovaskulare? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Osteoporozë apo fraktura të mëparshme? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Shtatzënë? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Medikamente aktuale

4. Ekzaminimi Objektiv

Harta e trupit, zona e prekur

Vendi për foton ose skicën

Vëzhgimi dhe qëndrimi

Lëvizshmëria dhe forca

Nyja	Lëvizja	Aktive (°)	Pasive (°)	Forca (0-5)

Teste speciale

5. Plani i Trajtimit

Diagnoza fizioterapeutike

Objektivat e trajtimit

Numri i seancave të planifikuara

Programi i ushtrimeve në shtëpi

6. Pëlqimi

Pëlqimi i informuar

1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën time, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrolle ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimmarrjen time.
4. Autorizoj fizioterapeutin dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinikisht të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua.
5. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Data e Nënshkrimit:

7. Regjistri i Seancave

Seancat

Data	Nr. seancës	Trajtimi i kryer	VAS pas seancës	Shënime

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy