

הנחיות לכתיבת "דף בדיקה ותוכנית טיפול"

1. בדיקה סובייקטיבית (ראיון חולה) ו/או מידע מתיק רפואי:
 - פרטים אישיים: שם, שנת לידה, מצב משפחתי, עיסוק, מגורים (מספר מדרגות, מעקה, רמפה)
 - תאריכים: תאריך כתיבת "דף בדיקה ותוכנית הטיפול", תאריך התחלת הבעיה / הפציעה, תאריך תחילת טיפול פיזיותרפיה, תאריך אשפוז (בבית חולים)
 - אבחנות החולה: לפי סדר חשיבות, ללא קיצורים, וכולל תאריכים וזמנים. לדוגמה:
1. XX/XX/20XX - Total Hip Replacement
2. סכרת - 30 שנה
 - תיאור תולדות המחלה הנוכחית
 - היסטוריה רפואית
 - תרופות
 - ממצאי הדמיה ובדיקות אחרות
2. ממצאי בדיקה אובייקטיבית:
 - הסתכלות
 - טווחים פסיביים
 - טונוס שרירים
 - תנועות אקטיביות או כוח שרירים
 - תחושה
 - בדיקות מיוחדות הרלוונטיות למקרה: היקפים (לנפיחות), אורך רגליים, יציבה, נשימה, שיווי משקל, תגובות שיווי משקל, תנועות אקסטריות לחוליות או למפרקים, בדיקות אבחון נוספות.
 - תפקוד פונקציונאלי: תנועתיות במיטה (גלגול, תזוזה במיטה, קימה משכיבה לשיבה), קימה משיבה לעמידה, הליכה (אמצעי עזר, כמות העזרה מהמטפל, ניתוח הליכה), תנועתיות בכיסא גלגלים, עליה וירידה במדרגות.
 - תפקודים פונקציונאליים נוספים לפי המקרה: לבוש, אכילה וכו'
3. רשימת בעיות החולה: "בעיות החולה" הם כל המגבלות שיש לחולה.
 - בהתנסות הראשונה: יש להכין רשימה של הבעיות מדורג לפי חומרת הבעיה. (#1 היא הבעיה המשמעותית ביותר)
 - מההתנסות השנייה: יש לחלק את הבעיות ל 3 קבוצות לפי ה- ICF.
4. מטרות טיפול (לפי סדר חשיבות)
5. טכניקות טיפול (לפרט אמצעי טיפול שמתכננים להשתמש בהם).