

门诊医师姓名：	评估日期：
技师姓名：	介绍人：

轮椅评估

姓名：	男 <input type="checkbox"/>	出生日期：
地址：	女 <input type="checkbox"/>	年龄：
电话号码：	身份证号码：	

评估面谈

健康状况：	<input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 中风 <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 其他：	
肌肉紧绷？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	过去或现在有褥疮？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
虚弱？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	知觉降低？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
姿势异常？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	大小便控制异常？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
有不受控制的动作？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	相关护理：
生活方式	你使用轮椅的目的为何？	
	描述你家里的情形（例如：地板、门口、进到房子的走道、台阶等）？	
	你会在哪种形式的地面使用轮椅（例如：沙地、铺好的路面等）？	
	你如何推进你的轮椅？ <input type="checkbox"/> 他人协助 <input type="checkbox"/> 独自	
	你每天坐在轮椅上出行多远（几公里）？	
	谁会协助照顾你？	
	你和你的轮椅会用哪种交通工具出行？有多常用？	
	你每天有多少小时坐在轮椅上？	
现有的轮椅	你如何上下轮椅？ <input type="checkbox"/> 他人协助 <input type="checkbox"/> 独自 <input type="checkbox"/> 使用器具 <input type="checkbox"/> 其他：	
	你现有的轮椅是否适合你的生活方式、环境、姿势及安全需求？	
	有效的减压？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	现有轮椅的状况？	

***** 将该人移到评估桌 *****

健康评估

#1 — 姿势 — 这人坐着时是否能呈现三个 90 度？

这人坐着时是否能呈现三个 90	否 <input type="checkbox"/>	这人是否依然能够坐在轮椅上？
是 <input type="checkbox"/>	↓	是 <input type="checkbox"/>
继续评估		否 <input type="checkbox"/>
		停止评估。转介给专家

#2 - 平衡评估 - 从 A 到 E, 如果都回答“是”的话, 就继续进行平衡评估。如果不是, 就停止平衡评估, 并决定是否要给予轮椅。如果要给予轮椅, 要考虑对轮椅进行调整, 以确保使用者的安全, 并前进到#3 - 知觉。如果不提供轮椅, 就停止评估。

A. 是否能够自行坐在评估长椅上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B. 双手放在膝盖上时, 是否能保持平衡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 一只手放在膝盖上, 举起另一只手时, 是否能保持平衡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
D. 举起双手时, 是否能保持平衡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E. 不靠轮椅挺直坐姿, 是否能伸出一只胳膊, 而不会失去平衡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
F. 不靠轮椅挺直坐姿, 是否能轻松地同时伸出和缩回两只胳膊, 而不会失去平衡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

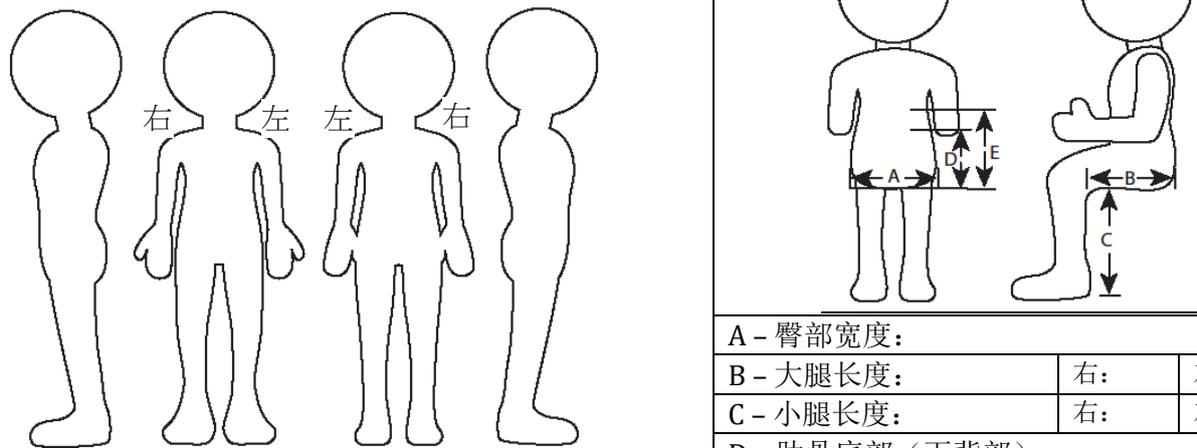
如平衡降低, 要多花点时间教导安全移动的技巧

#3 - 知觉 **如果知觉降低, 以及 / 或者有其他风险, 要指导如何减压**

正常 降低 (在以下图表, 用阴影///标示出知觉降低的区域)

#4 - 褥疮 **如果有的话, 要指导如何纾压**

是 否 - 在下图用○标记出过去的褥疮, 用●标记出现在的褥疮, 并写上严重程度, 及发生褥疮的日期。



A - 臀部宽度: _____

B - 大腿长度: 右: _____ 左: _____

C - 小腿长度: 右: _____ 左: _____

D - 肋骨底部 (下背部): _____

E - 肩胛骨底部 (上背部): _____

左边 前面 后面 右边

开具处方 (圈出所选的装置)					(S=标准型, A = 灵活型, AT = 全地型)								
座椅宽度(mm)		座椅深度(mm)			靠背高度(mm)		地板到座椅高度	重心位置	靠背角度	选择项			
S	A & AT	S	A & AT		S	A & AT		A & AT	A & AT	A & AT			
300	300	全部宽度	300 mm 宽度	350 to 500 mm 宽度	350	300	高	1 - 灵活	78	扶手			
350	350	330	300	350	400	350	中等	2	84	防倾杆			
400	400	380	350	400	450	400	低	3	90	垫子填充物			
450	450	430	400	450	如果该人需要的支撑比较少, 就使用测量D; 如果需要支撑比较多, 就用测量E		改变后轮轴和前轮轴位置. A & AT 型轮椅需调整侧护板高度		4		96		
500	500	从测量到的大腿长度减去 30-60mm							5	102	7 - 安全 调整刹车位置	114	泡棉 胶质 气体
550									6	108			
600													

轮椅已经备妥, 并已填妥安全适用 (质量控制) 清单

核准人:	技师:	临床医师:	序号:
------	-----	-------	-----

合身程度		
<input type="checkbox"/> 座椅宽度	<input type="checkbox"/> 束带安置	<input type="checkbox"/> 扶手高度 (S)
<input type="checkbox"/> 座椅深度	<input type="checkbox"/> 靠背高度	<input type="checkbox"/> 后轮轴位置 (A & AT)
<input type="checkbox"/> 脚踏板高度 (地面到座椅的高度)	<input type="checkbox"/> 靠背角度 (A & AT)	<input type="checkbox"/> 垫子
<input type="checkbox"/> 踏板角度	<input type="checkbox"/> 脚踏束带 (A & AT)	<input type="checkbox"/> 压力
<input type="checkbox"/> 脚踏靠前/靠后 (A & AT)	<input type="checkbox"/> 姿势	<input type="checkbox"/> 检查移动时的合身程度

使用者培训		
活动技巧	活动技巧	活动技巧
<input type="checkbox"/> 斜坡 <input type="checkbox"/> 轮椅操纵	<input type="checkbox"/> 每天检查 <input type="checkbox"/> 纾压技巧	<input type="checkbox"/> 垫子保养 <input type="checkbox"/> 工具箱 <input type="checkbox"/> 锁紧螺母和螺钉 <input type="checkbox"/> 检查面料
<input type="checkbox"/> 阶梯 <input type="checkbox"/> 安全移位	<input type="checkbox"/> 日常饮食 <input type="checkbox"/> 褥疮管理	<input type="checkbox"/> 给轮胎充气 <input type="checkbox"/> 给活动部件上油 <input type="checkbox"/> 检查框架 (生锈) <input type="checkbox"/> 清洁轮椅
<input type="checkbox"/> 平面 <input type="checkbox"/> 崎岖路	<input type="checkbox"/> 你的轮椅: 照顾、维修、活动和健康皆已检查及提供	

我已经接受上述序号的轮椅及所标记的培训	使用者签名: _____
需要后续约诊	约诊日期: _____