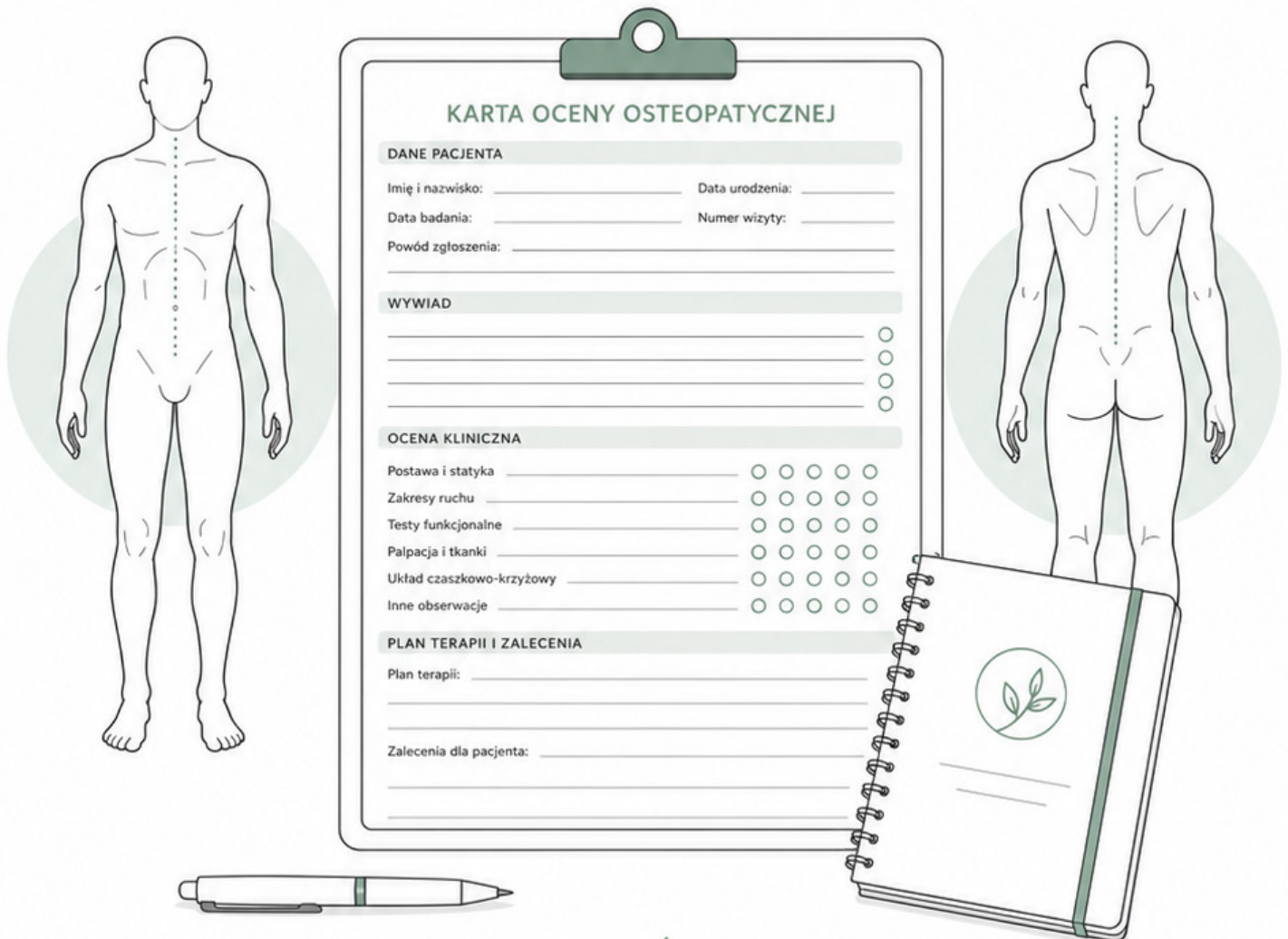




# Profesjonalna Karta Oceny Osteopatycznej

Kompleksowy system dokumentowania oceny pacjenta,  
testów klinicznych i postępów terapii

WYWIAD • OCENA • POSTĘPY TERAPII



— PRAKTYCZNE NARZĘDZIE DO CODZIENNEJ PRACY KLINICZNEJ —

# Informacje o materiale

© 2026 Profesjonalna Karta Oceny Osteopatycznej  
Wszelkie prawa zastrzeżone.

Materiał został opracowany jako praktyczne narzędzie wspierające organizację informacji zbieranych podczas pracy z pacjentem.

Karta ma charakter pomocniczy i nie zastępuje indywidualnej oceny klinicznej, diagnostyki, obowiązujących standardów zawodowych ani decyzji podejmowanych przez wykwalifikowanego specjalistę.

Zakres informacji wpisywanych do dokumentacji należy każdorazowo dostosować do charakteru prowadzonej praktyki, kwalifikacji specjalisty oraz obowiązujących wymogów organizacyjnych i prawnych.



## WAŻNE

Nie stosuj formularza mechanicznie. Każdy pacjent wymaga indywidualnej oceny, a zakres badania powinien wynikać z wywiadu, aktualnego stanu pacjenta i profesjonalnego osądu klinicznego.

# Spis treści

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Jak korzystać z karty | 03 |
|-----------------------|----|

|    |                                                      |    |
|----|------------------------------------------------------|----|
| 01 | <b>MODUŁ 01</b> — Dane Pacjenta i Cel Wizyty         | 04 |
| 02 | <b>MODUŁ 02</b> — Wywiad Kliniczny i Bezpieczeństwo  | 11 |
| 03 | <b>MODUŁ 03</b> — Ocena Funkcjonalna i Osteopatyczna | 20 |
| 04 | <b>MODUŁ 04</b> — Testy i Synteza Kliniczna          | 31 |
| 05 | <b>MODUŁ 05</b> — Plan i Przebieg Terapii            | 36 |
| 06 | <b>MODUŁ 06</b> — Monitorowanie Postępów             | 41 |



*Od pierwszego wywiadu do ponownej oceny —  
wszystkie kluczowe informacje w jednym,  
uporządkowanym systemie.*

# Jak korzystać z tej karty?

Dobra dokumentacja nie polega na zapisywaniu wszystkiego. Polega na szybkim odnalezieniu informacji, które pomagają zrozumieć aktualny problem pacjenta, zaplanować ocenę i porównać zmiany podczas kolejnych wizyt.

Profesjonalna Karta Oceny Osteopatycznej prowadzi Cię krok po kroku przez najważniejsze etapy pracy — od pierwszego kontaktu z pacjentem aż do ponownej oceny.



## 1. WYWIAD

Zbierz informacje o problemie, historii zdrowia i czynnikach wpływających na objawy.

## 2. OCENA

Zapisz najważniejsze obserwacje i wyniki badania funkcjonalnego.

## 3. TESTY

Uporządkuj wykonane testy oraz ich wyniki.

## 4. PLAN

Określ priorytety, cele i zastosowane postępowanie.

## 5. POSTĘP

Porównuj objawy, funkcję i reakcję pacjenta podczas kolejnych wizyt.



## WSKAZÓWKA

Wypełniaj tylko te sekcje, które są istotne dla konkretnego pacjenta i danej sytuacji klinicznej.

# Dane Pacjenta i Cel Wizyty

---

Zacznij od uporządkowania podstawowych informacji  
i tego, co jest najważniejsze dla pacjenta.



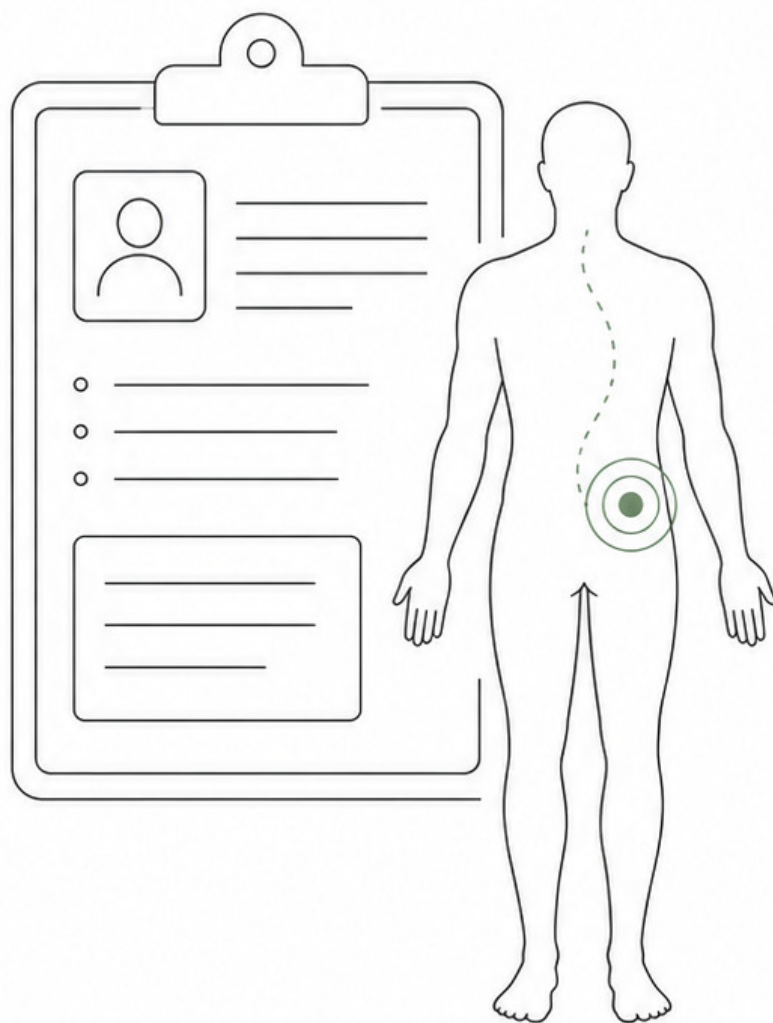
Dane podstawowe



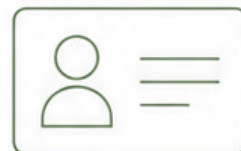
Główny problem



Cele pacjenta



# Dane pacjenta



## 1 INFORMACJE O WIZYCIE

Nr karty / identyfikator: \_\_\_\_\_

Data pierwszej wizyty: \_\_\_\_\_

Data wypełnienia: \_\_\_\_\_

Specjalista prowadzący: \_\_\_\_\_

## 2 DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Wiek: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Zawód / charakter pracy: \_\_\_\_\_

Osoba do kontaktu w razie potrzeby: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PESEL / inny identyfikator — jeżeli jest wymagany zgodnie z procedurami placówki:

\_\_\_\_\_

### Preferowany sposób kontaktu

☐ Telefon

☐ SMS

☐ E-mail

☐ Inny: \_\_\_\_\_



# Zgody i upoważnienia



## UWAGA DLA PLACÓWKI

Treść stosowanych klauzul informacyjnych, zgód i upoważnień należy uzupełnić zgodnie z zasadami obowiązującymi w danej praktyce lub placówce. Nie używać uniwersalnej treści prawnej bez wcześniejszej weryfikacji.

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH

Miejsce na klauzulę informacyjną stosowaną przez placówkę:

## ZGODY I POTWIERDZENIA

☐

Pacjent otrzymał informacje wymagane przed rozpoczęciem postępowania.

☐

Odnutowano zgodę zgodnie z procedurą stosowaną przez placówkę.

Data: \_\_\_\_\_

Podpis / potwierdzenie: \_\_\_\_\_

## OSOBA UPOWAŻNIONA

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Zakres upoważnienia: \_\_\_\_\_

Telefon / dane kontaktowe: \_\_\_\_\_

☐

Pacjent nie wskazuje osoby upoważnionej.



# Co sprowadza pacjenta na wizytę?



## | GŁÓWNY POWÓD WIZYT

*Co jest obecnie największym problemem?*

---

---

---

---

---

---

## | GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

Od kiedy występuje: \_\_\_\_\_

Początek: ☐ nagły ☐ stopniowy ☐ trudno określić

Czy wystąpiło konkretne zdarzenie? ☐ tak ☐ nie

Jakie? \_\_\_\_\_

## | DODATKOWE DOLEGLIWOŚCI

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## | PRIORYTET PACJENTA

*Co pacjent najbardziej chciałby poprawić?*

---

---

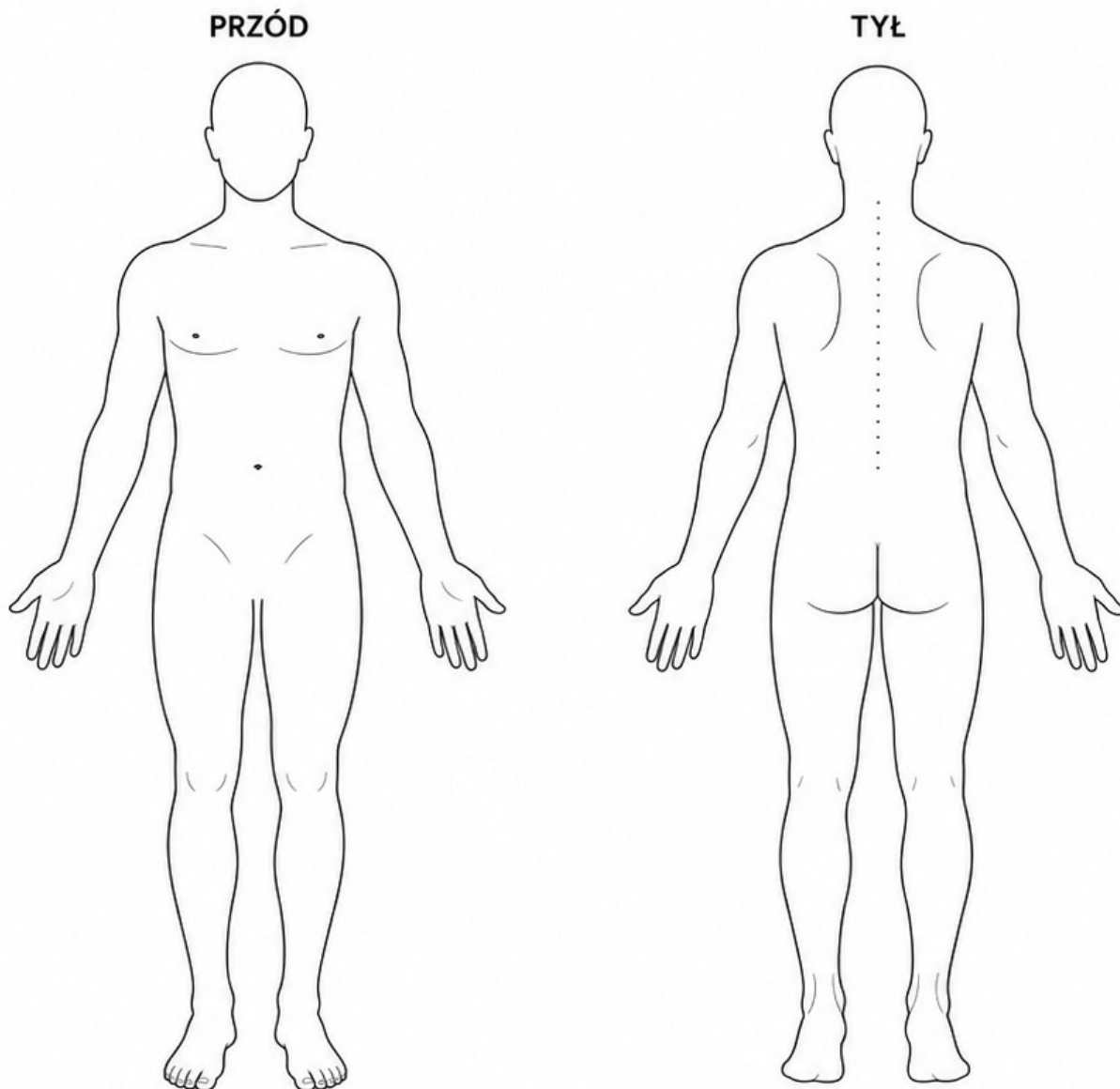
---

---

---

# Mapa dolegliwości

Zaznacz na sylwetce miejsce i kierunek występowania dolegliwości.



## LEGENDA

- X — główne miejsce dolegliwości
- //// — obszar bólu / dyskomfortu
- — promieniowanie
- — drętwienie / mrowienie
- ★ — inne istotne miejsce

Inne oznaczenie: \_\_\_\_\_

Strona dominująca: ☐ lewa ☐ prawa ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Uwagi: \_\_\_\_\_

# Objawy i cele pacjenta

## NASILENIE DOLEGLIWOŚCI

0 — brak dolegliwości



10 — największe  
odczuwane nasilenie

Obecnie: \_\_\_\_ / 10

Najmniejsze: \_\_\_\_ / 10

Największe: \_\_\_\_ / 10

## CHARAKTER OBJAWÓW

- |                                      |                                   |                                    |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tępy        | <input type="checkbox"/> ostry    | <input type="checkbox"/> kłujący   | <input type="checkbox"/> piekący    | <input type="checkbox"/> ciągnący  |
| <input type="checkbox"/> pulsujący   | <input type="checkbox"/> uciskowy | <input type="checkbox"/> sztywność | <input type="checkbox"/> drętwienie | <input type="checkbox"/> mrowienie |
| <input type="checkbox"/> inny: _____ |                                   |                                    |                                     |                                    |

## CO NASILA OBJAWY?

- |                                  |                                  |                                             |                                          |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ruch    | <input type="checkbox"/> bezruch | <input type="checkbox"/> pozycja siedząca   | <input type="checkbox"/> pozycja stojąca |
| <input type="checkbox"/> wysiłek | <input type="checkbox"/> rano    | <input type="checkbox"/> wieczorem / w nocy | <input type="checkbox"/> inne: _____     |

## CO ZMNIEJSZA OBJAWY?

## CELE PACJENTA

Co pacjent chciałby móc zrobić łatwiej lub bez dolegliwości?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### MIARA SUKCESU

Po czym pacjent pozna, że nastąpiła poprawa?

\_\_\_\_\_

# Przebieg dolegliwości w czasie



## 1 JAK ZMIENIAJĄ SIĘ OBJAWY? \_\_\_\_\_

### RANO

Jak pacjent czuje się po przebudzeniu?

- ☐ lepiej
- ☐ podobnie
- ☐ gorzej

Uwagi: \_\_\_\_\_

### W CIĄGU DNIA

- ☐ objawy zmniejszają się
- ☐ pozostają podobne
- ☐ stopniowo narastają
- ☐ są zmienne

Uwagi: \_\_\_\_\_

### W NOCY

- ☐ brak dolegliwości
- ☐ objawy utrudniają zasypianie
- ☐ objawy wybudzają ze snu
- ☐ trudno znaleźć wygodną pozycję
- ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 2 CZAS TRWANIA OBJAWÓW \_\_\_\_\_

- ☐ stałe
- ☐ okresowe
- ☐ epizodyczne
- ☐ zależne od aktywności
- ☐ trudno określić

Typowy czas pojedynczego epizodu: \_\_\_\_\_

## 3 WZORZEC TYGODNIOWY \_\_\_\_\_

Czy objawy są związane z określonymi dniami, obowiązkami lub aktywnościami?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4 REAKCJA NA OBCIĄŻENIE \_\_\_\_\_

Po jakim czasie od aktywności pojawiają się lub nasilają objawy?

- ☐ natychmiast
- ☐ w trakcie aktywności
- ☐ krótko po aktywności
- ☐ kilka godzin później
- ☐ następnego dnia
- ☐ brak wyraźnego wzorca

## 5 OSTATNIA ZMIANA \_\_\_\_\_

W ostatnich dniach / tygodniach objawy:

- ☐ wyraźnie się zmniejszają
- ☐ pozostają bez większych zmian
- ☐ szybko się nasilają
- ☐ stopniowo się zmniejszają
- ☐ stopniowo się nasilają
- ☐ mają zmienny przebieg



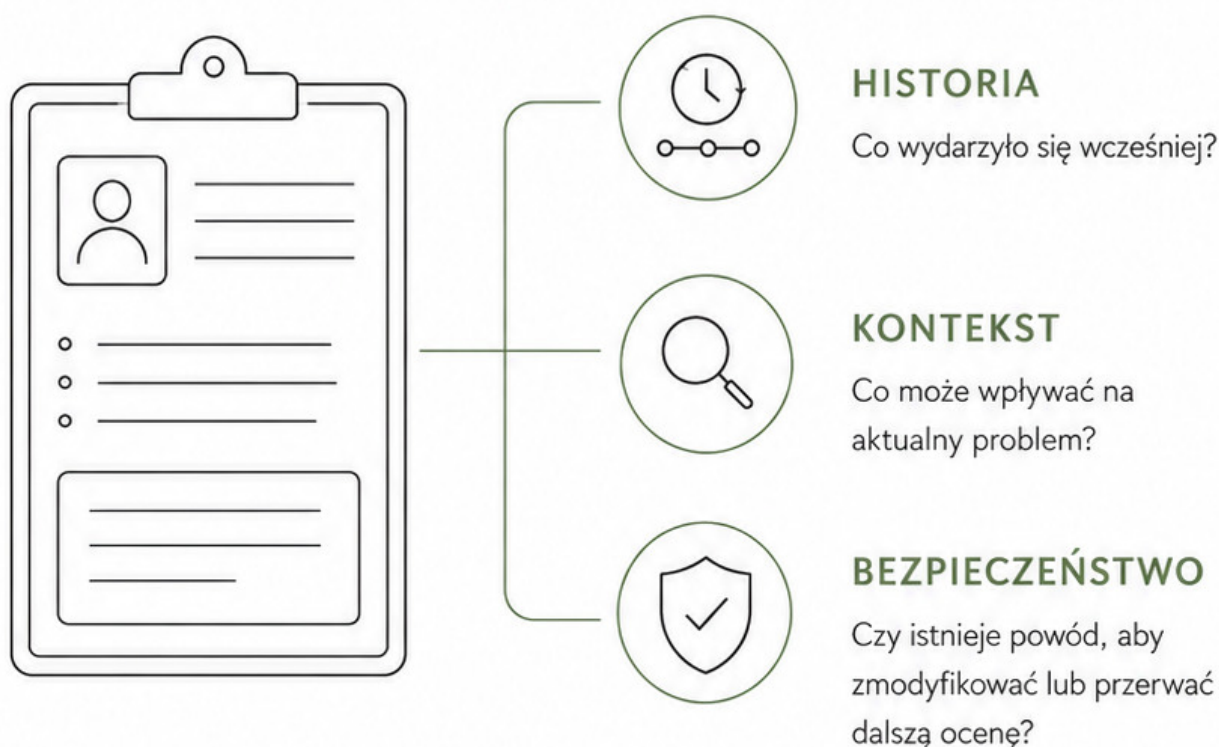
### NOTATKA KLINICZNA

Najważniejszy wzorzec zauważony podczas wywiadu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Wywiad Kliniczny i Bezpieczeństwo

Zanim rozpoczniesz ocenę manualną, poznaj historię zdrowia pacjenta i wychwyć informacje wymagające szczególnej uwagi.



*Najpierw bezpieczeństwo. Następnie badanie.*

# Historia obecnej dolegliwości

## 1 POCZĄTEK

Kiedy pacjent po raz pierwszy zauważył problem?

Początek był: ☐ nagły ☐ stopniowy ☐ związany z urazem ☐ związany z przeciążeniem

☐ bez uchwytnej przyczyny ☐ inny: \_\_\_\_\_

## 2 CO DZIAŁO SIĘ DALEJ?



1. Początek

2. Pierwsza istotna zmiana

3. Dotychczasowe  
postępowanie

4. Stan obecny

## 3 WCZEŚNIEJSZE EPIZODY

Czy podobny problem występował wcześniej? ☐ nie ☐ tak

Jeżeli tak — kiedy i jak często? \_\_\_\_\_

Jak długo trwały wcześniejsze epizody? \_\_\_\_\_

Co wtedy pomagało? \_\_\_\_\_

## 4 DOTYCHCZASOWA KONSULTACJA / DIAGNOSTYKA

☐ lekarz rodzinny ☐ lekarz specjalista ☐ fizjoterapeuta ☐ inny specjalista

☐ badania obrazowe ☐ badania laboratoryjne ☐ brak dotychczasowej konsultacji

☐ inne: \_\_\_\_\_

## 5 DOSTĘPNE WYNIKI / ROZPOZNANIA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6 DOTYCHCZASOWE POSTĘPOWANIE

☐ farmakoterapia ☐ rehabilitacja / fizjoterapia ☐ ćwiczenia

☐ odpoczynek / ograniczenie aktywności ☐ zabieg / operacja ☐ inne: \_\_\_\_\_

Efekt według pacjenta:

☐ wyraźna poprawa ☐ częściowa poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie ☐ trudno ocenić

# Historia zdrowia

Zaznacz informacje zgłoszone przez pacjenta i dopisz szczegóły tam, gdzie mogą mieć znaczenie dla dalszej oceny.



## UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

- ☐ nadciśnienie
- ☐ choroba serca
- ☐ zaburzenia rytmu serca
- ☐ choroby naczyń
- ☐ zakrzepica w wywiadzie
- ☐ inne: \_\_\_\_\_



## UKŁAD ODDECHOWY

- ☐ astma
- ☐ przewlekłe choroby układu oddechowego
- ☐ nawracająca duszność
- ☐ inne: \_\_\_\_\_



## UKŁAD NERWOWY

- ☐ migreny / częste bóle głowy
- ☐ padaczka / drgawki w wywiadzie
- ☐ zaburzenia neurologiczne
- ☐ zaburzenia czucia
- ☐ inne: \_\_\_\_\_



## UKŁAD RUCHU

- ☐ choroby reumatyczne
- ☐ osteoporoza / obniżona gęstość kości
- ☐ przewlekłe choroby stawów
- ☐ inne: \_\_\_\_\_



## CHOROBY METABOLICZNE / ENDOKRYNOLOGICZNE

- ☐ cukrzyca
- ☐ choroby tarczycy
- ☐ inne: \_\_\_\_\_



## INNE ISTOTNE INFORMACJE

- ☐ choroba nowotworowa w wywiadzie
- ☐ choroba zakaźna wymagająca uwagi
- ☐ zaburzenia krzepnięcia
- ☐ przewlekła choroba nerek
- ☐ przewlekła choroba wątroby
- ☐ inne: \_\_\_\_\_



## JEŚLI DOTYCZY

- ☐ ciąża
- ☐ okres poporodowy
- ☐ inne istotne informacje: \_\_\_\_\_

## SZCZEGÓŁY

Rozpoznanie / rok / aktualny stan / istotne ograniczenia:

---

---

# Urazy, operacje i hospitalizacje

## 1. URAZY

| Rok / data | Rodzaj urazu | Obszar ciała | Czy pozostały objawy?                                     |
|------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
|            |              |              | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak |
|            |              |              | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak |
|            |              |              | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak |
|            |              |              | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak |

## 2. ZŁAMANIA / ZWICHNIĘCIA

---

---

## 3. OPERACJE I ZABIEGI

| Rok / data | Rodzaj zabiegu | Obszar | Istotne informacje |
|------------|----------------|--------|--------------------|
|            |                |        |                    |
|            |                |        |                    |
|            |                |        |                    |

## 4. HOSPITALIZACJE

Czy pacjent był hospitalizowany z innego powodu? ☐ nie ☐ tak

Powód / rok: \_\_\_\_\_

## 5. BLIZNY ISTOTNE DLA OCENY

☐ brak zgłoszonych ☐ obecne

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 6. WYPADEK KOMUNIKACYJNY / POWAŻNY UPADEK

☐ nie ☐ tak

Kiedy? \_\_\_\_\_

Mechanizm zdarzenia: \_\_\_\_\_

Czy wykonano diagnostykę? ☐ nie ☐ tak

Jaką? \_\_\_\_\_

## 7. NAJWAŻNIEJSZE ZDARZENIE Z PRZESZŁOŚCI

Które z powyższych zdarzeń może być najbardziej istotne dla aktualnej oceny?

---

---

---

# Leki, alergie i istotne środki medyczne



## 1 AKTUALNIE STOSOWANE LEKI

| Nazwa | Dawka — jeśli znana | Powód stosowania | Od kiedy |
|-------|---------------------|------------------|----------|
|       |                     |                  |          |
|       |                     |                  |          |
|       |                     |                  |          |
|       |                     |                  |          |

Czy ostatnio zmieniono leki? ☐ nie ☐ tak

Co się zmieniło? \_\_\_\_\_

## 2 LEKI STOSOWANE DORAŹNIE

## 3 SUPLEMENTY / PREPARATY BEZ RECEPTY

## 4 ALERGIE

☐ brak znanych według pacjenta ☐ leki ☐ lateks ☐ środki kontaktowe / kosmetyczne ☐ inne: \_\_\_\_\_

Reakcja: \_\_\_\_\_

## 5 IMPLANTY / URZĄDZENIA MEDYCZNE

☐ brak zgłoszonych ☐ implant ortopedyczny ☐ endoproteza ☐ rozrusznik / urządzenie wszczepione

☐ inne: \_\_\_\_\_

Lokalizacja / szczegóły: \_\_\_\_\_

## 6 DODATKOWA INFORMACJA

Czy istnieje coś związanego z lekami, alergiami lub wcześniejszym leczeniem, o czym specjalista powinien wiedzieć przed badaniem?

# Praca, aktywność i codzienne obciążenia



## 1 PRACA \_\_\_\_\_

Zawód / stanowisko: \_\_\_\_\_ Typowa liczba godzin pracy dziennie: \_\_\_\_\_

Dominujący charakter pracy:

- ☐ siedząca    ☐ stojąca    ☐ chodzenie    ☐ praca fizyczna    ☐ częste podnoszenie  
☐ praca nad głową    ☐ prowadzenie pojazdu    ☐ powtarzalne ruchy    ☐ praca zmianowa    ☐ inny: \_\_\_\_\_

## 2 POZYCJA I PRZERWY \_\_\_\_\_

Ile czasu pacjent zwykle spędza bez zmiany pozycji?

- ☐ < 30 min    ☐ 30–60 min    ☐ 1–2 godz.    ☐ > 2 godz.

Regularne przerwy:    ☐ tak    ☐ nie    ☐ nieregularnie

## 3 AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA \_\_\_\_\_

Rodzaj aktywności / sport: \_\_\_\_\_

Częstotliwość: \_\_\_\_\_ Czas jednej sesji: \_\_\_\_\_

Poziom:    ☐ rekreacyjny    ☐ regularny trening    ☐ zawodniczy    ☐ obecnie brak aktywności

## 4 CODZIENNE OBOWIĄZKI \_\_\_\_\_

- ☐ opieka nad dzieckiem    ☐ opieka nad inną osobą    ☐ częste noszenie ciężarów  
☐ prace domowe o dużym obciążeniu    ☐ długie dojazdy    ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 5 DOMINACJA STRONY \_\_\_\_\_

☐ praworęczność    ☐ leworęczność    ☐ brak wyraźnej dominacji

## 6 NAJWIĘKSZE CODZIENNE OBCIĄŻENIE \_\_\_\_\_

Która czynność najbardziej prowokuje lub ogranicza pacjenta?

## 7 AKTYWNOŚĆ, DO KTÓREJ PACJENT CHCE WRÓCIĆ \_\_\_\_\_

# Sen, regeneracja i kontekst codzienny



## 1 SEN

Średnia długość snu: \_\_\_\_\_ godz.

Jakość snu według pacjenta:

0 — bardzo słaba    0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10    10 — bardzo dobra

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Czy dolegliwości wpływają na sen?

- |                                                         |                                                         |                                              |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie                            | <input type="checkbox"/> utrudniają zasypianie          | <input type="checkbox"/> powodują wybudzanie |
| <input type="checkbox"/> utrudniają znalezienie pozycji | <input type="checkbox"/> powodują wcześniejsze budzenie | <input type="checkbox"/> inne: _____         |

## 2 REGENERACJA

Jak pacjent zwykle czuje się po przebudzeniu?

- |                                    |                                              |                                   |                                          |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wypoczęty | <input type="checkbox"/> częściowo wypoczęty | <input type="checkbox"/> zmęczony | <input type="checkbox"/> bardzo zmęczony |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|

## 3 ODCZUWANY STRES

Aktualny poziom stresu według pacjenta:

0 — minimalny    0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10    10 — bardzo wysoki

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Najważniejsze źródło obciążenia, jeśli pacjent chce je wskazać:

- |                                                             |                                           |                                  |                                  |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> praca                              | <input type="checkbox"/> rodzina / opieka | <input type="checkbox"/> zdrowie | <input type="checkbox"/> finanse |
| <input type="checkbox"/> brak jednego dominującego czynnika | <input type="checkbox"/> inne: _____      |                                  |                                  |

## 4 WPŁYW PROBLEMU NA CODZIENNOŚĆ

|                             |                               |                               |                                       |                                   |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Pracę:                      | <input type="checkbox"/> brak | <input type="checkbox"/> mało | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Sen:                        | <input type="checkbox"/> brak | <input type="checkbox"/> mało | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Aktywność fizyczną:         | <input type="checkbox"/> brak | <input type="checkbox"/> mało | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |
| Życie rodzinne / społeczne: | <input type="checkbox"/> brak | <input type="checkbox"/> mało | <input type="checkbox"/> umiarkowanie | <input type="checkbox"/> znacznie |

## 5 PERSPEKTYWA PACJENTA

Co najbardziej martwi pacjenta w związku z obecnym problemem?

Co daje pacjentowi największe poczucie kontroli lub pomaga sobie radzić?



# Przesiew bezpieczeństwa



## WAŻNE

Obecność niepokojącego objawu wymaga oceny w kontekście całego obrazu klinicznego. W przypadku podejrzenia stanu nagłego nie kontynuuj rutynowego postępowania manualnego — zastosuj właściwą ścieżkę pilnej pomocy.

### 1 OBJAWY WYMAGAJĄCE SZCZEGÓLNEJ UWAGI

Czy pacjent aktualnie zgłasza lub ostatnio doświadczył któregoś z poniższych objawów?

- |                                                                               |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nagła utrata przytomności lub zaburzenia świadomości | <input type="checkbox"/> nagły, bardzo silny ból brzucha                            |
| <input type="checkbox"/> nagły, ostry ból w klatce piersiowej                 | <input type="checkbox"/> poważny uraz z aktualnymi niepokojącymi objawami           |
| <input type="checkbox"/> nasilona lub nagła duszność                          | <input type="checkbox"/> nagłe lub szybko narastające osłabienie kończyny / kończyn |
| <input type="checkbox"/> drgawki o nowym lub nietypowym charakterze           | <input type="checkbox"/> inne nagłe pogorszenie stanu ogólnego                      |

### 2 OBJAWY NEUROLOGICZNE ZWIĄZANE Z DOLNYM ODCINKIEM KRĘGOSŁUPA

- ☐ nowe zaburzenia kontroli lub oddawania moczu
- ☐ nowe zaburzenia kontroli jelit
- ☐ nowe drętwienie / zaburzenie czucia w okolicy krocza, genitaliów lub pośladków
- ☐ szybko narastające osłabienie kończyn dolnych

### 3 INNE INFORMACJE WYMAGAJĄCE POGŁĘBIENIA

- |                                                                                             |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niewyjaśniona gorączka / objawy ogólne                             | <input type="checkbox"/> świeży poważny uraz                                                 |
| <input type="checkbox"/> niewyjaśniona istotna utrata masy ciała                            | <input type="checkbox"/> podejrzenie złamania                                                |
| <input type="checkbox"/> aktualna lub przebyta choroba nowotworowa wymagająca uwzględnienia | <input type="checkbox"/> istotne zaburzenia krzepnięcia / leczenie wpływające na krzepnięcie |
|                                                                                             | <input type="checkbox"/> inne: _____                                                         |

### 4 DECYZJA PO PRZESIEWIE



Brak zgłoszonych sygnałów wymagających zmiany dalszej oceny



Potrzebne dodatkowe pytania / pogłębiona ocena przed dalszym postępowaniem



Wskazana konsultacja medyczna przed kontynuacją planowanego postępowania



Podejrzenie stanu nagłego — przerwano rutynową ocenę i zastosowano właściwe postępowanie ratunkowe / skierowanie

### 5 CO ZROBIONO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6 DATA / GODZINA

Data: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_ Podpis / identyfikator specjalisty: \_\_\_\_\_



**W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia: 112 lub 999.**

# Podsumowanie wywiadu

## 1. GŁÓWNY PROBLEM PACJENTA

---

---

## 2. NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE Z WYWIADU

01 

---

02 

---

03 

---

04 

---

05 

---

## 3. CZYNNIKI NASILAJĄCE / OGRANICZAJĄCE

Nasilające: 

---

Zmniejszające: 

---

## 4. CZYNNIKI, KTÓRE NALEŻY UWZGLĘDNIĆ DLA BEZPIECZEŃSTWA

☐ brak dodatkowych informacji odnotowanych w wywiadzie

☐ obecne — wymagają uwzględnienia

Jakie? 

---

## 5. PRIORYTETY BADANIA

Na podstawie wywiadu szczególną uwagę podczas oceny należy zwrócić na:

1. 

---

2. 

---

3. 

---

## 6. OBSZARY / FUNKCJE DO SPRAWDZENIA

|                                            |                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> postawa           | <input type="checkbox"/> testy funkcjonalne                |
| <input type="checkbox"/> chód              | <input type="checkbox"/> badanie neurologiczne przesiewowe |
| <input type="checkbox"/> ruchomość aktywna | <input type="checkbox"/> palpacja                          |
| <input type="checkbox"/> ruchomość bierna  | <input type="checkbox"/> mechanika oddechu                 |
| <input type="checkbox"/> kontrola ruchu    | <input type="checkbox"/> inny obszar: <hr/>                |

## 7. CZY POTRZEBNA JEST MODYFIKACJA BADANIA?

☐ nie ☐ tak Jaka? 

---

## 8. ROBOCZA HIPOTEZA DO WERYFIKACJI

Co należy sprawdzić podczas badania, zamiast zakładać to na podstawie samego wywiadu?

---

---

## 9. CEL PRZEJŚCIA DO BADANIA



Po zakończeniu tej strony specjalista powinien wiedzieć:  
co jest najważniejsze dla pacjenta, co wymaga szczególnej ostrożności  
oraz jakie pytania kliniczne ma zweryfikować podczas badania.



# Ocena Funkcjonalna i Osteopatyczna

Od obserwacji całego wzorca do szczegółowej oceny obszarów wymagających uwagi.



### 1 OBSERWUJ

Jak pacjent stoi i porusza się?



### 2 SPRAWDŹ

Które ruchy lub zadania zmieniają objawy?



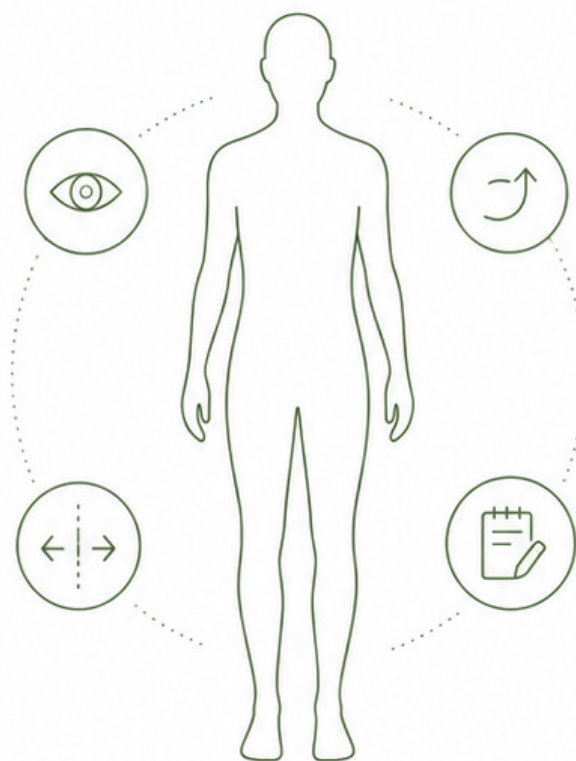
### 3 PORÓWNAJ

Czy występują istotne różnice między stronami lub kierunkami?



### 4 ZAPISZ

Co faktycznie zaobserwowano podczas badania?



### ZASADA MODUŁU

Nie trzeba wykonywać każdego testu znajdującego się w karcie.  
Zakres badania powinien wynikać z wywiadu, aktualnego obrazu pacjenta oraz kompetencji osoby prowadzącej ocenę.

# Obserwacja postawy

Pozycja podczas obserwacji: ☐ swobodna pozycja stojąca ☐ pozycja skorygowana na polecenie ☐ inna: \_\_\_\_\_

## 1 WIDOK Z PRZODU

Głowa / szyja

---

---

---

Obręcz barkowa

---

---

---

Klatka piersiowa

---

---

---



Miednica

---

---

---

Kończyny dolne

---

---

---

Ustawienie stóp

---

---

---

## 2 WIDOK Z BOKU

Najważniejsze obserwacje profilu:

---

---



## 3 WIDOK Z TYŁU

Głowa / szyja

---

---

---

Łopatki

---

---

---

Linia kręgosłupa / tułowia

---

---

---



Miednica

---

---

---

Kończyny dolne / stopy

---

---

---

## 4 OBCIĄŻENIE

☐ bez wyraźnej preferencji ☐ większe obciążenie lewej strony ☐ większe obciążenie prawej strony ☐ częste przenoszenie ciężaru ☐ trudno ocenić

## 5 CZY PACJENT ZGŁASZA OBJAWY PODCZAS STANIA?

☐ nie ☐ tak Jakie / gdzie? \_\_\_\_\_

---

## 6 NAJWAŻNIEJSZA OBSERWACJA

Która cecha wymaga sprawdzenia w ruchu zamiast interpretowania jej wyłącznie na podstawie postawy statycznej?

---

---

---

# Chód i podstawowe wzorce ruchowe



## 1 CHÓD SWOBODNY

Tempo: ☐ wolne ☐ umiarkowane ☐ szybkie ☐ zmienne

Rytm: ☐ regularny ☐ widocznie nieregularny ☐ trudno ocenić

## 2 OBSERWACJE PODCZAS CHODU

- ☐ różnica długości kroku ☐ ograniczone przenoszenie ciężaru ☐ zmieniona praca kończyny górnej
- ☐ widoczna kompensacja tułowia ☐ zmieniona praca miednicy ☐ pacjent unika obciążenia jednej strony
- ☐ chód powoduje objawy ☐ brak istotnych obserwacji ☐ inne: \_\_\_\_\_

Opis: \_\_\_\_\_

## 3 OBJAWY PODCZAS CHODU

Moment pojawienia się objawu: ☐ natychmiast ☐ po kilku krokach ☐ po dłuższym chodzeniu

☐ dopiero po zatrzymaniu ☐ objawy nie występują

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

Charakter: \_\_\_\_\_

## 4 WYBRANE ZADANIA FUNKCJONALNE

| Zadanie                | Wykonanie                                                               | Objawy                                                      | Obserwacje |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|
| Wstawanie z krzesła    | <input type="checkbox"/> swobodne / <input type="checkbox"/> utrudnione | <input type="checkbox"/> nie / <input type="checkbox"/> tak |            |
| Przysiad               | <input type="checkbox"/> swobodne / <input type="checkbox"/> utrudnione | <input type="checkbox"/> nie / <input type="checkbox"/> tak |            |
| Stanie na jednej nodze | <input type="checkbox"/> swobodne / <input type="checkbox"/> utrudnione | <input type="checkbox"/> nie / tak (L / P)                  |            |
| Wejście na stopień     | <input type="checkbox"/> swobodne / <input type="checkbox"/> utrudnione | <input type="checkbox"/> nie / <input type="checkbox"/> tak |            |
| Inne:                  | <input type="checkbox"/> swobodne / <input type="checkbox"/> utrudnione | <input type="checkbox"/> nie / <input type="checkbox"/> tak |            |

## 5 RUCH NAJLEPIEJ ODTWARZAJĄCY PROBLEM

\_\_\_\_\_

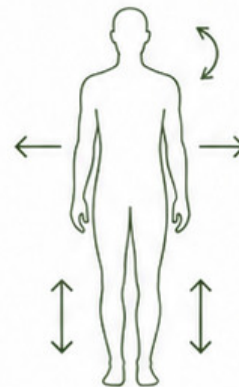
## 6 NAJWAŻNIEJSZY WZORZEC

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Ruchomość aktywna

Zapisuj tylko ruchy istotne dla aktualnego problemu. Jeśli wykonywany ruch odtwarza objawy, zanotuj ich lokalizację i charakter.



## SPOSÓB OCENY

Zakres: ☐ pełny ☐ częściowo ograniczony ☐ znacznie ograniczony ☐ nie oceniano  
Objawy: ☐ brak ☐ ból ☐ sztywność ☐ ciągnięcie ☐ drętwienie / mrowienie ☐ inne  
Jakość ruchu: ☐ płynna ☐ zmieniona ☐ kompensowana  
Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie

01

### OBSZAR 01

Obszar / staw: \_\_\_\_\_

Ruch: \_\_\_\_\_

Zakres: ☐ pełny ☐ ↓ niewielkie ☐ ↓ wyraźne

Objawy: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

02

### OBSZAR 02

Obszar / staw: \_\_\_\_\_

Ruch: \_\_\_\_\_

Zakres: ☐ pełny ☐ ↓ niewielkie ☐ ↓ wyraźne

Objawy: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

03

### OBSZAR 03

Obszar / staw: \_\_\_\_\_

Ruch: \_\_\_\_\_

Zakres: ☐ pełny ☐ ↓ niewielkie ☐ ↓ wyraźne

Objawy: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

04

### OBSZAR 04

Obszar / staw: \_\_\_\_\_

Ruch: \_\_\_\_\_

Zakres: ☐ pełny ☐ ↓ niewielkie ☐ ↓ wyraźne

Objawy: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 5. RUCH PROWOKUJĄCY ZNANY OBJAW

☐ nie ☐ tak Który? \_\_\_\_\_

Czy objaw był zgodny z główną dolegliwością? ☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ trudno określić

## 6. PORÓWNANIE STRON / KIERUNKÓW

## 7. WNIOSKI DO DALESZEGO BADANIA

Co warto zweryfikować w kolejnej części oceny?

# Ruchomość bierna i testy funkcjonalne

## 1 RUCHOMOŚĆ BIERNA

| Obszar / ruch | Strona                                                | Zakres | Objawy / reakcja | Uwagi |
|---------------|-------------------------------------------------------|--------|------------------|-------|
|               | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P |        |                  |       |
|               | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P |        |                  |       |
|               | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P |        |                  |       |
|               | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P |        |                  |       |

## 2 ODCZUCIE PODCZAS BADANIA

- ☐ bez wyraźnej różnicy ☐ wyraźna różnica względem strony przeciwnej / innego kierunku
- ☐ ruch ograniczony przez objawy ☐ ruch ograniczony z innego powodu ☐ nie oceniano

Opis: \_\_\_\_\_

## 3 TESTY FUNKCJONALNE / PROWOKACYJNE



Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy odtworzono znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo



Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy odtworzono znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo



Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy odtworzono znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo



Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy odtworzono znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo

## 4 INTERPRETACJA W KONTEKŚCIE CAŁEGO BADANIA

Czy wynik zmienia dalszy kierunek oceny? ☐ nie ☐ tak ☐ wymaga porównania z innymi wynikami

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 5 ZASADA DOKUMENTACJI

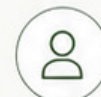
Nazwa testu + wynik + reakcja pacjenta są bardziej użyteczne niż samo oznaczenie »dodatni/ujemny« bez kontekstu.



TEST



OBSERWACJA



OBJAW

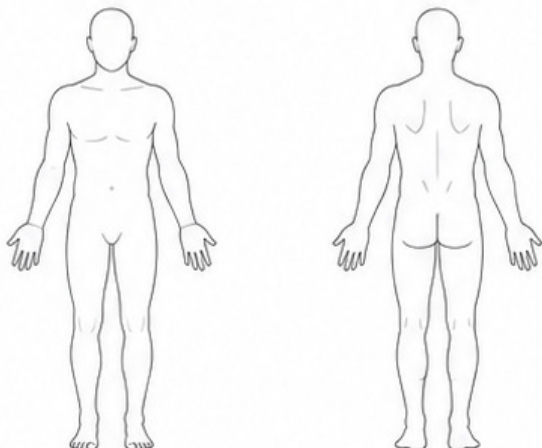


KONTEKST

# Palpacja i obserwacje tkanek

## OBSZAR BADANY

Zaznacz badany obszar na sylwetce i opisz obserwację poniżej.



## RODZAJ OBSERWACJI

- ☐ tklivość
- ☐ reakcja bólowa
- ☐ różnica napięcia tkanek
- ☐ zmiana elastyczności / podatności
- ☐ różnica temperatury powierzchniowej
- ☐ obrzęk / zmiana objętości wymagająca odnotowania
- ☐ blizna
- ☐ inna obserwacja: \_\_\_\_\_

### 1. PALPACJA — OBSZAR 01

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ centralnie ☐ obustronnie

Obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy palpacja odtwarza znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo

Reakcja pacjenta: \_\_\_\_\_

### 2. PALPACJA — OBSZAR 02

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ centralnie ☐ obustronnie

Obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy palpacja odtwarza znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo

Reakcja pacjenta: \_\_\_\_\_

### 3. PALPACJA — OBSZAR 03

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ centralnie ☐ obustronnie

Obserwacja: \_\_\_\_\_

Czy palpacja odtwarza znany objaw? ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo

Reakcja pacjenta: \_\_\_\_\_

4. PORÓWNANIE ☐ nie ☐ tak Opis: \_\_\_\_\_

5. ZNACZENIE DLA DALSZEJ OCENY \_\_\_\_\_

☐ zgodna ☐ częściowo zgodna ☐ niezgodna ☐ nie można określić

Co należy zweryfikować? \_\_\_\_\_

### 6. NOTATKA

Obserwacja palpacyjna: \_\_\_\_\_

Interpretacja w kontekście całego badania: \_\_\_\_\_

# Kręgosłup — ocena regionalna

## 1. ODCINEK SZYJNY

Zgięcie: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczone ☐ objawowe

Wyprost: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczony ☐ objawowy

Rotacja L: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczona ☐ objawowa

Rotacja P: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczona ☐ objawowa

Skłon L: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczony ☐ objawowy

Skłon P: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczony ☐ objawowy

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 2. ODCINEK PIERSIOWY

Zgięcie: ☐ bez istotnych obserwacji ☐ ograniczone ☐ objawowe

Wyprost: ☐ bez istotnych obserwacji ☐ ograniczony ☐ objawowy

Rotacja L: ☐ bez istotnych obserwacji ☐ ograniczona ☐ objawowa

Rotacja P: ☐ bez istotnych obserwacji ☐ ograniczona ☐ objawowa

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 3. ODCINEK LĘDŹWIOWY

Zgięcie: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczone ☐ objawowe

Wyprost: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczony ☐ objawowy

Skłon L: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczony ☐ objawowy

Skłon P: ☐ bez ograniczenia ☐ ograniczony ☐ objawowy

Rotacja / ruch łączony — jeśli oceniano: \_\_\_\_\_



## 4. OBJAWY

Który ruch najbardziej odtwarza problem pacjenta? \_\_\_\_\_

Lokalizacja objawu: ☐ miejscowy ☐ promieniujący ☐ trudno określić



## 5. OBSZAR WYMAGAJĄCY DALSZEJ OCENY

☐ szyjny ☐ piersiowy ☐ lędźwiowy ☐ przejście szyjno-piersiowe

☐ przejście piersiowo-lędźwiowe ☐ przejście lędźwiowo-krzyżowe

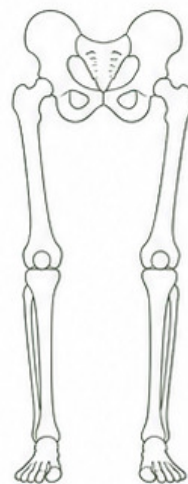
☐ brak jednego dominującego obszaru



## 6. DODATKOWE OBSERWACJE / TESTY

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Miednica i kończyna dolna



## 1 OBSZAR MIEDNICY \_\_\_\_\_

Obserwacja w pozycji stojącej:

\_\_\_\_\_

Obserwacja podczas ruchu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objawy w obszarze miednicy / stawów krzyżowo-biodrowych:

☐ brak ☐ L ☐ P ☐ obustronnie

## 2 TESTY WYBRANE PRZEZ SPECJALISTĘ

| Test / zadanie | L                        | P                        | Reakcja / wynik |
|----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
|                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |

## 3 BIODRO

Lewa strona:

Ruch / funkcja: \_\_\_\_\_

Objawy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prawa strona:

Ruch / funkcja: \_\_\_\_\_

Objawy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4 KOLANO

Lewa strona:

☐ bez istotnych obserwacji

☐ ograniczenie ruchu

☐ objawy

☐ wymaga dalszej oceny

Uwagi: \_\_\_\_\_

Prawa strona:

☐ bez istotnych obserwacji

☐ ograniczenie ruchu

☐ objawy

☐ wymaga dalszej oceny

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 5 STAW SKOKOWY / STOPA \_\_\_\_\_

L: \_\_\_\_\_

P: \_\_\_\_\_

## 6 OBCIĄŻANIE KOŃCZYNY

☐ symetryczne bez wyraźnej trudności ☐ ograniczone po lewej ☐ ograniczone po prawej

☐ zmienne ☐ wymaga wsparcia ☐ nie oceniano

## 7 ZADANIE FUNKCJONALNE

Wybrane zadanie: ☐ przysiad ☐ wyrok ☐ wejście na stopień ☐ stanie na jednej nodze ☐ inne: \_\_\_\_\_

Najważniejsza obserwacja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8 CZY OBJAW ZOSTAŁ ODTWORZONY?

☐ nie ☐ tak ☐ częściowo Gdzie? \_\_\_\_\_

## 9 PRIORYTET DALSZEJ OCENY

☐ miednica ☐ biodro ☐ kolano ☐ staw skokowy / stopa

☐ kontrola całego wzorca ☐ brak jednego dominującego regionu

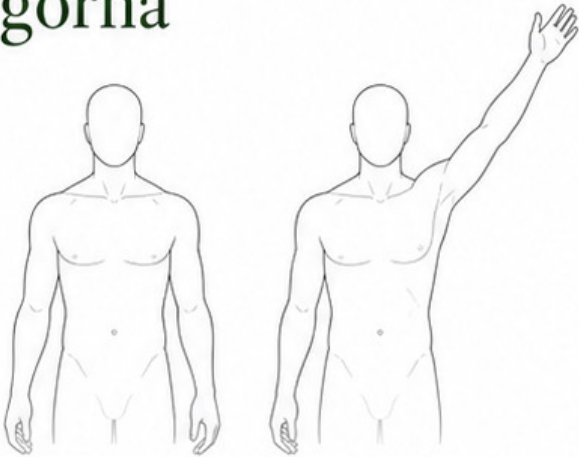
# Obręcz barkowa i kończyna górna

## 1 OBSERWACJA OBRĘCZY BARKOWEJ

Pozycja swobodna: \_\_\_\_\_

Ruch łopatki podczas unoszenia kończyny:

- ☐ bez wyraźnej różnicy
- ☐ różnica L/P
- ☐ ruch powoduje objawy
- ☐ wymaga dalszej oceny
- ☐ nie oceniano



## 2 BARK — RUCH AKTYWNY

| Ruch                              | Lewa | Prawa | Objawy |
|-----------------------------------|------|-------|--------|
| Uniesienie / zgięcie              |      |       |        |
| Odwiedzenie                       |      |       |        |
| Rotacja zewnętrzna                |      |       |        |
| Rotacja wewnętrzna / funkcjonalna |      |       |        |

## 3 ŁOKIEĆ / PRZEDRAMIĘ

- ☐ bez istotnych obserwacji
- ☐ ograniczenie L
- ☐ ograniczenie P
- ☐ objawy L
- ☐ objawy P

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 4 NADGARSTEK / DŁOŃ

- ☐ bez istotnych obserwacji
- ☐ ograniczenie ruchu
- ☐ objawy podczas obciążenia
- ☐ objawy podczas chwytu
- ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 5 FUNKCJA

Która czynność jest dla pacjenta problematyczna?

- ☐ sięganie nad głowę
- ☐ zakładanie ubrania
- ☐ sięganie za plecy
- ☐ podnoszenie przedmiotu
- ☐ pchanie
- ☐ ciągnięcie
- ☐ praca przy komputerze
- ☐ sport
- ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 6 TEST FUNKCJONALNY

Czynność: \_\_\_\_\_

Obciążenie / warunki: \_\_\_\_\_

Reakcja: \_\_\_\_\_

## 7 PORÓWNANIE STRON

## 8 CZY ODTWORZONO ZNANY OBJAW?

- ☐ nie
- ☐ tak
- ☐ częściowo
- Lokalizacja: \_\_\_\_\_

## 9 OBSZAR DO DALSZEJ WERYFIKACJI

- ☐ szyja
- ☐ obręcz barkowa
- ☐ bark
- ☐ łokieć
- ☐ nadgarstek / dłoń
- ☐ cały wzorec kończyny górnej
- ☐ inny: \_\_\_\_\_

# Klatka piersiowa i obserwacja oddechu

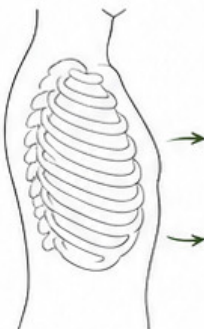
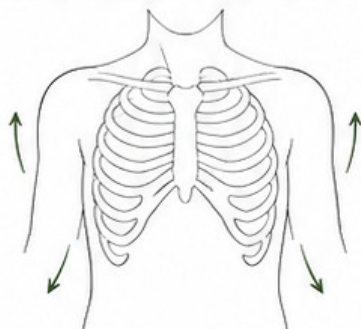
## 1. ODDECH SPOCZYNKOWY

Pozycja podczas obserwacji: ☐ siedząca ☐ stojąca ☐ leżąca ☐ inna: \_\_\_\_\_

Sposób oddychania podczas swobodnej obserwacji:

☐ spokojny ☐ przyspieszony ☐ nieregularny ☐ pacjent zgłasza trudność ☐ trudno ocenić

## 2. RUCH KLATKI PIERSIOWEJ



- ☐ bez wyraźnej różnicy stron
- ☐ widoczna różnica L/P
- ☐ ograniczenie związane z objawem
- ☐ zmiana ruchu podczas głębokiego wdechu
- ☐ nie oceniano

Opis: \_\_\_\_\_

## 3. GŁĘBOKI WDECH

Czy głęboki wdech powoduje lub zmienia dolegliwość?

☐ nie ☐ nasila ☐ zmniejsza ☐ wywołuje inny objaw ☐ trudno określić

Lokalizacja: \_\_\_\_\_

## 4. WYDECH

Obserwacje podczas pogłębionego wydechu: \_\_\_\_\_

## 5. ŻEBRA / ŚCIANA KLATKI PIERSIOWEJ

Obszar oceniany: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie

Ruch podczas oddechu: \_\_\_\_\_

Tkliwość / reakcja na badanie: \_\_\_\_\_

## 6. POŁĄCZENIE Z RUCHEM TUŁOWIA

☐ nie ☐ tak ☐ nie oceniano

Ruch: \_\_\_\_\_

Reakcja: \_\_\_\_\_

## 7. DODATKOWE OBSERWACJE

- ☐ widoczne zwiększone zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych
- ☐ pacjent wstrzymuje oddech podczas zadania
- ☐ oddech zmienia się podczas bólu / wysiłku
- ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 8. OBJAWY ZGŁOSZONE PRZEZ PACJENTA

## 9. CZY OBSERWACJA WYMAGA DALESZEJ OCENY?

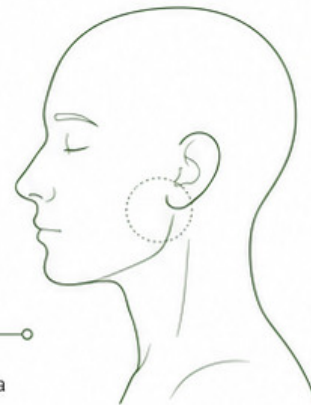
☐ nie ☐ tak Jakiej? \_\_\_\_\_

## 10. NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK DO DOKUMENTACJI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Głowa, szyja i staw skroniowo-żuchwowy



## 1 GŁÓWNY POWÓD OCENY TEGO OBSZARU \_\_\_\_\_

- ☐ ból szyi      ☐ ból głowy      ☐ dolegliwości twarzy      ☐ dolegliwości podczas żucia
- ☐ ograniczenie otwierania ust      ☐ zaciskanie / zgrzytanie zębami zgłaszane przez pacjenta
- ☐ uczucie napięcia      ☐ objawy podczas ruchu głowy      ☐ inny powód: \_\_\_\_\_

## 2 GŁÓWA I SZYJA — OBSERWACJA \_\_\_\_\_

Pozycja głowy w swobodnym siadzie / staniu: \_\_\_\_\_

Czy pacjent spontanicznie unika określonego kierunku ruchu? ☐ nie ☐ tak Którego? \_\_\_\_\_

## 3 RUCH SZYI \_\_\_\_\_

| Ruch      | Zakres | Objawy | Uwagi |
|-----------|--------|--------|-------|
| Zgięcie   |        |        |       |
| Wyprost   |        |        |       |
| Rotacja L |        |        |       |
| Rotacja P |        |        |       |
| Skłon L   |        |        |       |
| Skłon P   |        |        |       |

## 4 CZY RUCH ODTWARZA ZNANY OBJAW? \_\_\_\_\_

- ☐ nie ☐ tak ☐ częściowo

Który ruch? \_\_\_\_\_

Gdzie pojawia się objaw? \_\_\_\_\_

## 5 STAW SKRONIOWO-ŻUCHWOWY \_\_\_\_\_

Objawy zgłaszane przez pacjenta:

- ☐ ból      ☐ uczucie napięcia
- ☐ ograniczenie ruchu      ☐ trzaski / dźwięki
- ☐ uczucie blokowania      ☐ zmęczenie podczas żucia
- ☐ brak zgłaszanych objawów      ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 6 OTWIERANIE UST \_\_\_\_\_

- Ruch: ☐ swobodny      ☐ ograniczony według obserwacji      ☐ objawowy
- ☐ z widocznym odchyleniem toru      ☐ L      ☐ P      ☐ zmienny

Kierunek odchylenia — jeśli występuje: ☐ L

Objawy podczas otwierania: \_\_\_\_\_

## 7 RUCHY ŻUCHWY \_\_\_\_\_

Ruch w lewo: \_\_\_\_\_

Ruch w prawo: \_\_\_\_\_

Wysunięcie: \_\_\_\_\_

## 8 PALPACJA — JEŚLI WYKONANO \_\_\_\_\_

- ☐ okolica stawu skroniowo-żuchwowego      ☐ mięśnie żucia      ☐ okolica szyi
- ☐ inne: \_\_\_\_\_

Reakcja pacjenta / obserwacja: \_\_\_\_\_

## 9 CZY WYSTĘPUJE ZWIĄZEK Z AKTYWNOŚCIĄ? \_\_\_\_\_

- ☐ żucie      ☐ ziewanie
- ☐ mówienie      ☐ zaciskanie zębów
- ☐ ruch szyi      ☐ stres zgłaszany przez pacjenta
- ☐ brak wyraźnego związku      ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 10 INNE ISTOTNE INFORMACJE \_\_\_\_\_

Aparat ortodontyczny / szyna / aktualne leczenie stomatologiczne, jeśli dotyczy: \_\_\_\_\_

### 11 NAJWAŻNIEJSZA OBSERWACJA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 12 CO WYMAGA DALSZEJ WERYFIKACJI?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Testy i Synteza Kliniczna

Zbieraj wyniki. Porównuj informacje.  
Oddzielaj obserwację od interpretacji.



### TEST

Co dokładnie wykonano?



### WYNIK

Co faktycznie zaobserwowano?



### REAKCJA

Jak zareagował pacjent?



### SYNTEZA

Jak wynik pasuje do pozostałych informacji?



+



+



→



### ZASADA MODUŁU

Pojedynczy wynik nie powinien być dokumentowany poza kontekstem całego badania.

Zapisuj nazwę testu, obserwację, reakcję pacjenta  
oraz znaczenie wyniku dla dalszego postępowania.

# Rejestr wykonanych testów

Wpisuj wyłącznie testy rzeczywiście wykonane podczas tej wizyty.

## 01 TEST 01

Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Badany obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Reakcja pacjenta: ☐ brak objawów ☐ odtworzono główny objaw ☐ odtworzono część objawów ☐ pojawił się inny objaw  
☐ test przerwano ☐ inne: \_\_\_\_\_

Znaczenie dla dalszego badania: \_\_\_\_\_

## 02 TEST 02

Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Badany obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Reakcja pacjenta: ☐ brak objawów ☐ odtworzono główny objaw ☐ odtworzono część objawów ☐ pojawił się inny objaw  
☐ test przerwano ☐ inne: \_\_\_\_\_

Znaczenie dla dalszego badania: \_\_\_\_\_

## 03 TEST 03

Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Badany obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Reakcja pacjenta: ☐ brak objawów ☐ odtworzono główny objaw ☐ odtworzono część objawów ☐ pojawił się inny objaw  
☐ test przerwano ☐ inne: \_\_\_\_\_

Znaczenie dla dalszego badania: \_\_\_\_\_

## 04 TEST 04

Nazwa testu: \_\_\_\_\_ Badany obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

Wynik / obserwacja: \_\_\_\_\_

Reakcja pacjenta: ☐ brak objawów ☐ odtworzono główny objaw ☐ odtworzono część objawów ☐ pojawił się inny objaw  
☐ test przerwano ☐ inne: \_\_\_\_\_

Znaczenie dla dalszego badania: \_\_\_\_\_

## 05 TEST 05 — JEŚLI POTRZEBNY

Nazwa: \_\_\_\_\_ Wynik: \_\_\_\_\_

### PORÓWNANIE WYNIKÓW

Czy różne testy prowadzą do podobnej obserwacji? ☐ tak ☐ częściowo ☐ nie ☐ za mało informacji

Opis: \_\_\_\_\_

### TEST NAJBARDZIEJ ISTOTNY DLA AKTUALNEJ OCENY

Nazwa: \_\_\_\_\_

Dlaczego jest istotny w tym przypadku? \_\_\_\_\_

### CZY POTRZEBNA JEST DALSZĄ WERYFIKACJĄ?

☐ nie ☐ tak Jakiego obszaru / funkcji? \_\_\_\_\_

# Przesiew neurologiczny — jeśli wskazany



## WAŻNE

Zakres badania neurologicznego należy dobrać do obrazu klinicznego, własnych kompetencji i wskazań.  
Ta strona służy do dokumentacji, a nie do zastępowania pełnej diagnostyki neurologicznej.

### 1 OBJAWY ZGŁASZANE PRZEZ PACJENTA \_\_\_\_\_

- ☐ drętwienie    ☐ mrowienie    ☐ osłabienie    ☐ zaburzenie czucia    ☐ uczucie „ciężkiej” kończyny  
☐ zaburzenie koordynacji    ☐ brak takich objawów    ☐ inne: \_\_\_\_\_

Lokalizacja / rozkład: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2 CZUCIE — JEŚLI BADANO \_\_\_\_\_

| Obszar | L | P | Obserwacja |
|--------|---|---|------------|
|        |   |   |            |
|        |   |   |            |
|        |   |   |            |
|        |   |   |            |

= podobnie  
↓ zmniejszone  
↑ zwiększone / nadwrażliwe  
? niejednoznaczne

### 3 SIŁA / FUNKCJA RUCHOWA — JEŚLI BADANO \_\_\_\_\_

| Ruch / grupa | Lewa | Prawa | Objawy / uwagi |
|--------------|------|-------|----------------|
|              |      |       |                |
|              |      |       |                |
|              |      |       |                |

### 4 ODRUCHY — JEŚLI BADANO \_\_\_\_\_

| Odruch | L | P | Uwagi |
|--------|---|---|-------|
|        |   |   |       |
|        |   |   |       |
|        |   |   |       |

### 5 KOORDYNACJA / RÓWNOWAGA — JEŚLI ISTOTNE \_\_\_\_\_

Test / zadanie: \_\_\_\_\_ Wynik: \_\_\_\_\_

### 6 PORÓWNANIE STRON \_\_\_\_\_

- ☐ bez istotnej różnicy w ocenianym zakresie    ☐ różnica L/P    ☐ wynik niejednoznaczny    ☐ potrzebna dalsza ocena

Opis: \_\_\_\_\_

### 7 CZY WYNIK ZMIENIA DALSZE POSTĘPOWANIE? \_\_\_\_\_

- ☐ nie    ☐ tak — modyfikacja badania    ☐ tak — konsultacja / skierowanie    ☐ tak — przerwano dalsze postępowanie

Co zrobiono? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8 PODSUMOWANIE \_\_\_\_\_

Najważniejsza obserwacja neurologiczna: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Ból i funkcja — punkt odniesienia



## 1 GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ — DZISIAJ \_\_\_\_\_

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

0 — brak dolegliwości

10 — największe odczuwane nasilenie

Wynik: \_\_\_\_\_ / 10

## 2 NAJGORSZY POZIOM W OSTATNIM OKRESIE \_\_\_\_\_

Wynik: \_\_\_\_\_ / 10

Okres odniesienia: ☐ ostatnie 24 godziny ☐ ostatnie 7 dni ☐ inny: \_\_\_\_\_

## 3 NAJLEPSZY POZIOM W OSTATNIM OKRESIE \_\_\_\_\_

Wynik: \_\_\_\_\_ / 10

## 4 FUNKCJA 01 — NAJWAŻNIEJSZA DLA PACJENTA \_\_\_\_\_

Czynność: \_\_\_\_\_

Trudność wykonania:

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

0 — bez trudności

10 — niemożliwe / skrajnie trudne

Wynik: \_\_\_\_\_ / 10

## 5 FUNKCJA 02 \_\_\_\_\_

Czynność: \_\_\_\_\_

Trudność: \_\_\_\_\_ / 10

## 6 FUNKCJA 03 \_\_\_\_\_

Czynność: \_\_\_\_\_

Trudność: \_\_\_\_\_ / 10

## 7 AKTUALNA TOLERANCJA \_\_\_\_\_

Siedzieć: \_\_\_\_\_

Stać: \_\_\_\_\_

Chodzić: \_\_\_\_\_

Wykonywać najważniejszą aktywność: \_\_\_\_\_

## 8 CEL FUNKCJONALNY \_\_\_\_\_

Co pacjent chciałby odzyskać lub poprawić?

## 9 JAK POZNAMY POPRAWĘ? \_\_\_\_\_

Konkretny miernik: \_\_\_\_\_

*np. chodzenie 30 min / sen bez wybudzania / powrót do treningu*

## 10 PUNKT ODNIESIENIA ZAPISANY \_\_\_\_\_

☐ tak ☐ nie — brak możliwości wiarygodnego pomiaru dzisiaj

# Synteza kliniczna

1 GŁÓWNY CEL PACJENTA \_\_\_\_\_

2 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE Z WYWIADU \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

3 NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADANIA \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

4 CO ODTWARZA ZNANY OBJAW? \_\_\_\_\_

Ruch / test / czynność: \_\_\_\_\_

Reakcja: \_\_\_\_\_

5 CO NIE ODTWARZA OBJAWU, MIMO ŻE WYMAGAŁO SPRAWDZENIA? \_\_\_\_\_

6 LISTA PROBLEMÓW DO PRACY \_\_\_\_\_

| Priorytet | Problem / ograniczenie | Wpływ na funkcję |
|-----------|------------------------|------------------|
| 1         |                        |                  |
| 2         |                        |                  |
| 3         |                        |                  |
| 4         |                        |                  |

7 CZYNNIKI MODYFIKUJĄCE \_\_\_\_\_

Mogące zwiększać obciążenie / utrudniać poprawę:

Mogące wspierać poprawę:

8 HIPOTEZA ROBOCZA

Aktualna interpretacja kliniczna na podstawie zebranych informacji:

9 CO NADAL POZOSTAJE NIEPEWNE? \_\_\_\_\_

10 CZY POTRZEBNA JEST DODATKOWA KONSULTACJA? \_\_\_\_\_

- ☐ nie na tym etapie    ☐ rozważyć    ☐ zalecana przed dalszym postępowaniem  
☐ już zaplanowana / wykonana

Specjalista / kierunek konsultacji: \_\_\_\_\_

11 DECYZJA \_\_\_\_\_

- ☐ możliwe przejście do zaplanowania postępowania    ☐ potrzebna dodatkowa ocena    ☐ potrzebna modyfikacja planu  
☐ potrzebne skierowanie / konsultacja    ☐ inne: \_\_\_\_\_



WYWIAD

+



BADANIE

+



TESTY

+



FUNKCJA



SYNTEZA



## ZASADA SYNTEZY

Oddziel to, co zaobserwowano, od tego, jak zostało zinterpretowane.

FAKT / WYNIK:

INTERPRETACJA:

# Plan i Przebieg Terapii

---

Każde działanie powinno mieć określony cel,  
być dopasowane do aktualnego stanu pacjenta  
i podlegać ponownej ocenie.



### ZASADA MODUŁU

Plan nie jest stały. Powinien być aktualizowany na podstawie  
reakcji pacjenta, zmian funkcji, nowych informacji  
oraz ponownego badania.

# Cele i plan postępowania



1 CEL GŁÓWNY PACJENTA \_\_\_\_\_

2 CEL KRÓTKOTERMINOWY 01 \_\_\_\_\_

|                                       |                                     |                                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Co chcemy poprawić?<br>_____<br>_____ | Jak to zmierzamy?<br>_____<br>_____ | Planowany moment ponownej oceny:<br>____/____/____ |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|

3 CEL KRÓTKOTERMINOWY 02 \_\_\_\_\_

|                                       |                                     |                                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Co chcemy poprawić?<br>_____<br>_____ | Jak to zmierzamy?<br>_____<br>_____ | Planowany moment ponownej oceny:<br>____/____/____ |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|

4 CEL FUNKCJONALNY \_\_\_\_\_

|                                                                  |                                    |                                               |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Czynność, którą pacjent chce wykonywać lepiej:<br>_____<br>_____ | Aktualny poziom:<br>_____<br>_____ | Oczekiwany kierunek zmiany:<br>_____<br>_____ |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|

5 PRIORYTETY POSTĘPOWANIA \_\_\_\_\_

01 \_\_\_\_\_  
02 \_\_\_\_\_  
03 \_\_\_\_\_

6 PLAN NA DZISIEJSZĄ WIZYTĘ

- ☐ edukacja / omówienie problemu    ☐ postępowanie manualne    ☐ ćwiczenie / zadanie ruchowe    ☐ modyfikacja aktywności  
☐ strategia samodzielnego postępowania    ☐ obserwacja bez interwencji w danym obszarze    ☐ inne: \_\_\_\_\_

7 OBSZARY PLANOWANEGO POSTĘPOWANIA \_\_\_\_\_

8 CZEGO NIE PLANUJEMY DZISIAJ I DLACZEGO? \_\_\_\_\_

9 PLANOWANA CZĘSTOTLIWOŚĆ / KOLEJNY KROK \_\_\_\_\_

10 KIEDY PONOWNIE OCENIMY EFEKT? \_\_\_\_\_

- ☐ podczas tej samej wizyty    ☐ na kolejnej wizycie    ☐ po określonym okresie samodzielnej pracy  
☐ inny moment: \_\_\_\_\_

11 KRYTERIUM ZMIANY PLANU \_\_\_\_\_

Co będzie sygnałem, że należy zmodyfikować obecne postępowanie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12 PLAN OMÓWIONY Z PACJENTEM ☐ tak ☐ częściowo — wymaga dalszego omówienia

Uwagi: \_\_\_\_\_

# Przebieg postępowania podczas wizyty

## 1 DATA WIZYTY \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Nr wizyty: \_\_\_\_\_

## 2 DZIAŁANIE / TECHNIKA 01 \_\_\_\_\_

Nazwa techniki / rodzaju postępowania: \_\_\_\_\_

Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ centralnie ☐ obustronnie ☐ n/d

Cel zastosowania: \_\_\_\_\_

Parametry istotne dla dokumentacji: \_\_\_\_\_

Reakcja w trakcie:

☐ dobrze tolerowane ☐ częściowo tolerowane ☐ pojawiły się objawy ☐ zmodyfikowano ☐ przerwano

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 3 DZIAŁANIE / TECHNIKA 02 \_\_\_\_\_

Nazwa techniki / rodzaju postępowania: \_\_\_\_\_

Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ centralnie ☐ obustronnie ☐ n/d

Cel zastosowania: \_\_\_\_\_

Parametry istotne dla dokumentacji: \_\_\_\_\_

Reakcja w trakcie:

☐ dobrze tolerowane ☐ częściowo tolerowane ☐ pojawiły się objawy ☐ zmodyfikowano ☐ przerwano

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 4 DZIAŁANIE / TECHNIKA 03 \_\_\_\_\_

Nazwa techniki / rodzaju postępowania: \_\_\_\_\_

Obszar: \_\_\_\_\_

Strona: ☐ L ☐ P ☐ centralnie ☐ obustronnie ☐ n/d

Cel zastosowania: \_\_\_\_\_

Parametry istotne dla dokumentacji: \_\_\_\_\_

Reakcja w trakcie:

☐ dobrze tolerowane ☐ częściowo tolerowane ☐ pojawiły się objawy ☐ zmodyfikowano ☐ przerwano

Uwagi: \_\_\_\_\_

## 5 DZIAŁANIE / TECHNIKA 04 \_\_\_\_\_

Nazwa / obszar: \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_

Reakcja: \_\_\_\_\_

## 6 EDUKACJA / INFORMACJE PRZEKAZANE PACJENTOWI \_\_\_\_\_

☐ omówienie wyników oceny ☐ omówienie planu ☐ informacje dotyczące aktywności

☐ instrukcja samodzielnego zadania ☐ omówienie spodziewanej reakcji ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 7 MODYFIKACJA W TRAKCIE WIZYTY \_\_\_\_\_

Czy pierwotny plan został zmieniony? ☐ nie ☐ tak Dlaczego? \_\_\_\_\_

## 8 CZEGO NIE WYKONANO? \_\_\_\_\_

Planowane działanie pominięte / odroczone: \_\_\_\_\_

Powód: \_\_\_\_\_



### UWAGA DOKUMENTACYJNA

Zapisuj to, co rzeczywiście wykonano. Nie pozostawiaj domyślnie zaznaczonych technik.

# Reakcja pacjenta po postępowaniu



PRZED



POSTĘPOWANIE



PO



OBJAW



FUNKCJA



TEST

## 1 SAMOPOCZUCIE BEZPOŚREDNIO PO WIZYCIE

- ☐ wyraźnie lepszy   ☐ nieco lepszy   ☐ bez istotnej zmiany  
☐ nieco gorszy   ☐ wyraźnie gorszy  
☐ trudno ocenić bezpośrednio po wizycie

## 2 GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

Przed: \_\_\_\_\_ / 10   Po: \_\_\_\_\_ / 10

Zmiana: \_\_\_\_\_

## 3 PONOWNA OCENA FUNKCJI 01

Czynność: \_\_\_\_\_

Przed: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Po: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Obserwacja: \_\_\_\_\_

## 4 PONOWNA OCENA RUCHU / TESTU

Ruch lub test powtórzony: \_\_\_\_\_

Przed postępowaniem:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Po postępowaniu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5 CZY ZNANY OBJAW NADAL MOŻNA ODTWORZYĆ?

- ☐ tak — bez wyraźnej zmiany   ☐ tak — słabiej   ☐ tak — silniej   ☐ nie   ☐ nie powtarzano testu

## 6 ZAKRES / JAKOŚĆ RUCHU

- ☐ bez widocznej zmiany   ☐ poprawa   ☐ pogorszenie   ☐ zmiana innego rodzaju   ☐ nie oceniano ponownie

Opis: \_\_\_\_\_

## 7 TOLERANCJA POSTĘPOWANIA

- ☐ dobra   ☐ umiarkowana   ☐ konieczna była modyfikacja  
☐ postępowanie przerwano

Powód / reakcja: \_\_\_\_\_

## 8 NOWE OBJAWY POJAWIAJĄCE SIĘ PODCZAS WIZYT

- ☐ nie   ☐ tak

Jakie? \_\_\_\_\_

Co zrobiono? \_\_\_\_\_

## 9 SUBIEKTYWNA OCENA PACJENTA

Co pacjent zauważa po zakończeniu wizyty? \_\_\_\_\_

## 10 OCENA SPECJALISTY

Najważniejsza obiektywna zmiana: \_\_\_\_\_

## 11 DECYZJA NA PODSTAWIE REAKCJI

- ☐ utrzymać aktualny kierunek postępowania   ☐ zmodyfikować plan kolejnej wizyty   ☐ potrzebna dalsza ocena  
☐ obserwować reakcję między wizytami   ☐ rozważyć konsultację / skierowanie   ☐ inne: \_\_\_\_\_

## 12 CO NALEŻY SPRAWDZIĆ NA KOLEJNEJ WIZYCIE?

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

## 13 NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK



Nie zapisuj tylko »lepiej« lub »gorzej«.

Porównaj konkretny objaw, ruch, test lub funkcję sprzed i po postępowaniu.

# Zalecenia i plan między wizytami



WIZYTA



PLAN DOMOWY



OBSERWACJA



KOLEJNA OCENA

## CEL NA OKRES MIĘDZY WIZYTAMI

Co jest najważniejszym celem do następnej wizyty? \_\_\_\_\_

### 1 ZALECENIE 01

Rodzaj: ☐ ćwiczenie ☐ zadanie ruchowe ☐ modyfikacja aktywności  
☐ obserwacja objawów ☐ edukacja / strategia  
samodzielnego postępowania  
☐ inny: \_\_\_\_\_

Co dokładnie ma zrobić pacjent? \_\_\_\_\_

Jak często? \_\_\_\_\_

Jak długo / ile powtórzeń? \_\_\_\_\_

Na co zwrócić uwagę podczas wykonywania? \_\_\_\_\_

### 2 ZALECENIE 02

Rodzaj: ☐ ćwiczenie ☐ modyfikacja aktywności ☐ obserwacja  
☐ strategia samodzielna ☐ inny: \_\_\_\_\_

Opis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Częstotliwość: \_\_\_\_\_

Czas / liczba powtórzeń: \_\_\_\_\_

### 3 ZALECENIE 03

#### AKTYWNOŚĆ – CO MOŻNA KONTYNUOWAĆ?

☐ normalna aktywność zgodnie z tolerancją ☐ praca ☐ chodzenie  
☐ ćwiczenia ☐ trening ☐ inne: \_\_\_\_\_

Uwagi / zakres: \_\_\_\_\_

#### CO TYMCZASOWO ZMODYFIKOWAĆ?

Czynność: \_\_\_\_\_

Jak zmodyfikować? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Na jak długo / do kiedy? \_\_\_\_\_

#### CO PACJENT MA OBSERWOWAĆ?

☐ nasilenie głównej dolegliwości ☐ reakcję po aktywności ☐ tolerancję siedzenia / stania / chodzenia ☐ jakość snu  
☐ reakcję na ćwiczenia ☐ możliwość wykonania konkretnej funkcji ☐ inne: \_\_\_\_\_

#### PROSTY DZIENNIK – JEŚLI POTRZEBNY

| Dzień | Objaw / funkcja | Wynik / obserwacja |
|-------|-----------------|--------------------|
| 1.    |                 |                    |
| 2.    |                 |                    |
| 3.    |                 |                    |



#### KIEDY PRZERWAĆ ZALECONE ĆWICZENIE / ZADANIE?

Przerwij zadanie i skontaktuj się ze specjalistą, jeśli pojawi się nowy, nietypowy lub wyraźnie nasilający się objaw, który nie był przewidziany w omówionym planie.

#### CZY PACJENT ROZUMIE PLAN?

☐ tak ☐ wymaga dodatkowego wyjaśnienia ☐ plan przekazano również w formie pisemnej / cyfrowej

#### PACJENT POWTARZA WŁASNYMI SŁOWAMI

Co pacjent ma zrobić do następnej wizyty? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TERMIN / MOMENT KOLEJNEJ OCENY \_\_\_\_\_

#### CO SPRAWDZIMY NA NASTĘPNEJ WIZYCIE?

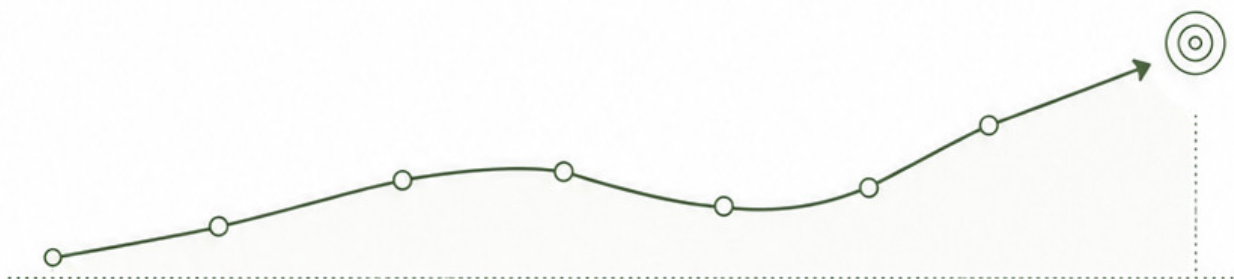
1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

# Monitorowanie Postępów

Porównuj to samo z tym samym:  
objawy, funkcję, wybrane testy oraz cel pacjenta.



## ZASADA MODUŁU

Postęp nie oznacza wyłącznie mniejszego bólu.  
Oceniaj również funkcję, tolerancję aktywności,  
realizację celów i zdolność pacjenta do samodzielnego radzenia sobie.



Mierz to, co naprawdę ma znaczenie dla pacjenta.

# Wizyta kontrolna — szybka ponowna ocena



## INFORMACJE O WIZYCIE

Data: \_\_\_\_\_ Nr wizyty: \_\_\_\_\_ Liczba dni od poprzedniej wizyty: \_\_\_\_\_ Specjalista: \_\_\_\_\_

### 1 CO ZMieniło się od ostatniej wizyty?

Pytanie do pacjenta:

Co zauważył(a) Pan/Pani od naszego ostatniego spotkania?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2 GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

Aktualnie: \_\_\_\_\_ / 10 Na poprzedniej wizycie: \_\_\_\_\_ / 10

Zmiana:

☐ poprawa ☐ bez istotnej zmiany ☐ pogorszenie ☐ przebieg zmienny

### 3 NAJGORSZY MOMENT OD OSTATNIEJ WIZYTY

Nasilenie: \_\_\_\_\_ / 10

Co wtedy robił pacjent?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4 NAJLEPSZY MOMENT OD OSTATNIEJ WIZYTY

Co pacjent mógł zrobić lepiej?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5 FUNKCJA 01

Czynność monitorowana: \_\_\_\_\_

PUNKT WYJŚCIA

POPZEDNIA WIZYTA

DZISIAJ

Punkt wyjścia: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Poprzednia wizyta: \_\_\_\_\_ / 10

Dzisiaj: \_\_\_\_\_ / 10

### 6 FUNKCJA 02

Czynność: \_\_\_\_\_

PUNKT WYJŚCIA

POPZEDNIA WIZYTA

DZISIAJ

Punkt wyjścia: \_\_\_\_\_ / 10

Poprzednia wizyta: \_\_\_\_\_ / 10

Dzisiaj: \_\_\_\_\_ / 10

### 7 REALIZACJA ZALECEŃ

☐ regularnie ☐ częściowo ☐ sporadycznie ☐ nie realizował

Co ułatwiało realizację?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Co utrudniało?

### 8 REAKCJA NA ZALECENIA

☐ wyraźnie korzystna ☐ częściowo korzystna ☐ bez wyraźnego efektu

☐ objawy nasiliły się ☐ trudno ocenić

Które zalecenie miało największe znaczenie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9 NOWE OBJAWY / NOWE INFORMACJE

☐ brak ☐ tak

Jakie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 10 CZY POJAWIŁO SIĘ COŚ, CO WYMAGA PONOWNEGO PRZESIEWU BEZPIECZEŃSTWA?

☐ nie ☐ tak

Co? \_\_\_\_\_

Decyzja: \_\_\_\_\_

### 11 PONOWNA OCENA WYBRANEGO TESTU / RUCHU

Test / ruch: \_\_\_\_\_

PUNKT WYJŚCIA

POPZEDNIA WIZYTA

DZISIAJ

Zmiana: ☐ wyraźna poprawa ☐ częściowa poprawa

Poprzednia wizyta: \_\_\_\_\_

Wynik dzisiaj: \_\_\_\_\_

☐ bez istotnej zmiany ☐ pogorszenie ☐ wynik inny / nieporównywalny

### 12 CEL PACJENTA

☐ tak, wyraźnie ☐ częściowo ☐ bez zauważalnej zmiany

☐ oddala się od celu ☐ cel uległ zmianie

### 13 DECYZJA NA DZISIAJ

☐ kontynuować obecny plan ☐ zwiększyć poziom / zakres aktywności

☐ zmodyfikować postępowanie ☐ ponownie ocenić inny obszar

☐ zmniejszyć obciążenie ☐ zalecić konsultację

☐ zakończyć aktualny etap terapii ☐ inne: \_\_\_\_\_

### 14 PLAN DZISIEJSZEJ WIZYTY

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



NAJWAŻNIEJSZA ZMIANA OD OSTATNIEJ WIZYTY

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



NAJWAŻNIEJSZY CEL DO KOLEJNEJ WIZYTY

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Podsumowanie postępów i zakończenie etapu



OKRES OBJĘTY PODSUMOWANIEM

Pierwsza wizyta: \_\_\_\_\_ Data podsumowania: \_\_\_\_\_ Liczba wizyt w tym okresie: \_\_\_\_\_

1 GŁÓWNY CEL PACJENTA

Na początku: \_\_\_\_\_

☐ osiągnięty ☐ częściowo osiągnięty ☐ nieosiągnięty ☐ cel został zmieniony

Komentarz: \_\_\_\_\_

2 GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ

|                      | Początek | Aktualnie |
|----------------------|----------|-----------|
| Nasilenie            |          |           |
| Częstotliwość        |          |           |
| Wpływ na codzienność |          |           |

3 FUNKCJA 01

Czynność: \_\_\_\_\_

Początek: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Aktualnie: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Co pacjent może zrobić teraz?

\_\_\_\_\_

4 FUNKCJA 02

Czynność: \_\_\_\_\_

Początek: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Aktualnie: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Co pacjent może zrobić teraz?

\_\_\_\_\_

5 FUNKCJA 03

Czynność: \_\_\_\_\_

Początek: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Aktualnie: \_\_\_\_\_ / 10 trudności

Co pacjent może zrobić teraz?

\_\_\_\_\_

6 NAJWAŻNIEJSZY TEST / WYNIK BADANIA

Test / ruch / parametr: \_\_\_\_\_

Wynik początkowy: \_\_\_\_\_

Wynik aktualny: \_\_\_\_\_

7 CO POPRAWIŁO SIĘ NAJBARDZIEJ?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

8 CO NADAL POZOSTAJE OGRANICZENIEM?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

9 SAMODZIELNOŚĆ PACJENTA

☐ rozumie czynniki wpływające na swój problem ☐ potrafi monitorować reakcję organizmu

☐ potrafi samodzielnie wykonywać uzgodnione zadania ☐ wie, kiedy potrzebna jest ponowna konsultacja

☐ wie, jak modyfikować obciążenie ☐ wymaga dalszego wsparcia w powyższych obszarach

10 OCENA REALIZACJI CELÓW

Cel 01 ☐ osiągnięty ☐ częściowo ☐ nie

Cel 02 ☐ osiągnięty ☐ częściowo ☐ nie

Cel 03 ☐ osiągnięty ☐ częściowo ☐ nie

11 DECYZJA DOTYCZĄCA DALSZEGO POSTĘPOWANIA

☐ Zakończenie aktualnego etapu terapii ☐ Potrzebna ponowna pełna ocena

☐ Kontynuacja z nowym celem ☐ Konsultacja / skierowanie do innego specjalisty

☐ Zmniejszenie częstotliwości wizyt i dalsze monitorowanie ☐ Inna decyzja: \_\_\_\_\_

☐ Przejście do samodzielnej pracy pacjenta

12 UZASADNIENIE DECYZJI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13 PLAN PO ZAKOŃCZENIU ETAPU

Co pacjent ma kontynuować samodzielnie?

\_\_\_\_\_

14 KIEDY WARTO ZGŁOSIĆ SIĘ PONOWNIE?

\_\_\_\_\_

15 OSTATECZNE PODSUMOWANIE SPECJALISTY

Najważniejsza zmiana kliniczna i funkcjonalna osiągnięta w tym etapie:

\_\_\_\_\_

16 PERSPEKTYWA PACJENTA

Co pacjent uważa za najważniejszą zmianę?

\_\_\_\_\_

17 STATUS KOŃCOWY

 CEL OSIĄGNIĘTY ☐

 CZĘŚCIOWA POPRAWA ☐

 KONTYNUACJA ☐

 DALSZA KONSULTACJA ☐

Dobra dokumentacja pokazuje nie tylko to, co wykonano, ale przede wszystkim to, co zmieniło się dla pacjenta.

