

ФИЗИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

	НАЗВАНИЕ ДЕЛА	ДАТА
ИМЯ/ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА:	НОМЕР ДЕЛА	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ

Эта форма предназначена для того, чтобы определить в какой степени настоящее физическое состояние данного лица помешает его/ее возможности работать или принимать участие в занятиях по программе возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии (CaWORKs). Пожалуйста, опишите конкретно те функциональные отклонения, которые могут повлиять на возможность данного лица выполнять задание, если задание указано ниже. Приложите дополнительную документацию, если необходимо.

Задание данного лица : _____

(Описание рода занятий и кол-во часов по программе CaWORKs)

1. В течении 8-ми часового рабочего дня, пациент может стоять/ходить: (Отметьте ✓) Ограничений нет

Кол-во часов подряд:

Общее кол-во часов в течении дня:

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

Комментарии:

2. В течении 8-ми часового рабочего дня, пациент может сидеть: (Отметьте ✓) Ограничений нет

Кол-во часов подряд:

Общее кол-во часов в течении дня:

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

Комментарии:

3. Ограничена ли способность пациента использовать руки/пальцы для повторных движений? (Отметьте ✓)

Ограничений нет

Да - пожалуйста, объясните _____

4. Ограничена ли способность пациента использовать ноги для повторных движений, напр., чтобы использовать ножное управления? (Отметьте ✓) Ограничений нет

Да - пожалуйста, объясните _____

5. Являются ли для пациента ограничивающими факторами условия окружающей среды, такие как жар/холод, пыль, сырость, высота, и т.п.? (Отметьте ✓) Ограничений нет

Да - пожалуйста, объясните _____

ФИЗИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

6. Пациент может поднимать/нести: (Отметьте ✓) Ограничений нет

Макс. вес (фунты):	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80+
Никогда:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Иногда (0-2.5 час/8-ми час. день)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто: (2.5-5.5 час/8-ми час. день)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Постоянно: (5.5+ час/8-ми час. день)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

7. Пациент способен: (Отметьте ✓) Ограничений нет

	Никогда	Иногда	Часто	Постоянно
		(0-2.5 час/8-ми час. день)	(2.5-5.5 час/8-ми час. день)	(5.5+ час/8-ми час. день)
Взбираться по ступенькам/лестнице	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сохранять равновесие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нагибаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вставать на колени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Приседать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ползать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Достать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ниже колен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От пояса до колен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От пояса до груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
От груди до плеч	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Выше плеч	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

8. Находится ли пациент на лечении, или принимает лекарства, которые могут повлиять на его/её способность работать? (Отметьте ✓) ДА НЕТ

Если ДА, пожалуйста, объясните ограничения/влияние: _____

9. Пожалуйста, опишите любые другие ограничения возможности пациента работать и/или принимать участие в образовательных/обучающих заданиях и условия, необходимые для выполнения таких заданий:

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЛИЦА ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ДАТА

ИМЯ/ФАМИЛИЯ И АДРЕС ЛИЦА ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ