

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНОГО С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И  
ОРГАНОВ ЧУВСТВ**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Страховая медицинская организация \_\_\_\_\_

Номер страхового полиса \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Пол М/Ж Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Контактные телефоны \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Социальный статус \_\_\_\_\_

# ПЕРВЫЙ ЭТАП

(наименование медицинской организации)

## Первый осмотр (до 5 суток)

Дата \_\_\_\_\_

Положение: активное, пассивное, вынужденное, на каталке

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное

Сознание: ясное, сопор, кома степени

## Неврологический статус

Менингеальный синдром: нет, да

Черепномозговые нервы (отметить только патологию)

Обоняние: не нарушено, гипосмия, anosmia (слева, справа)

Зрение: не нарушено, амблиопия, амвроз, гемианопсия (частичная, полная), гомонимная (справа, слева), гетеронимная, битемпоральная, биназальная.

Движения глазных яблок: в полном объеме, парез взора (вправо, влево), страбизм (сходящийся, расходящийся по вертикали), плавающие движения глазных яблок, птоз (нет, d, s)

Окулоцефалический рефлекс: есть, нет

Зрачки (d мм, s мм): норма, миоз, мидриаз, деформация (d, s)

Фотореакция: прямая, содружественная; сохранена, снижена, отсутствует (d, s)

Корнеальные рефлексы: живые, снижены, отсутствуют (d, s)

Глазные щели (d, s): \_\_\_\_\_

Носогубные складки: симметричные, асимметричные, сглажены

Слух: сохранен, снижен, отсутствует (d, s)

Нистагм: есть, нет; горизонтальный, вертикальный, ротаторный, мелко-крупноразмашистый; вправо, влево, в обе стороны

Головокружение: есть, нет \_\_\_\_\_ Тошнота, рвота: есть, нет \_\_\_\_\_

Парез мягкого неба: есть, нет (d, s) Глоточный рефлекс: живой, снижен, отсутствует, повышен (d, s)

Uvula: по средней линии, отклонена (d, s)

Глотание: сохранено, дисфагия, афагия, дисфония, кашлевой рефлекс: есть, нет

Положение головы: \_\_\_\_\_

Девияция языка: нет, вправо, влево Гипотрофия языка: нет, (d, s) Фибрилляции: есть, нет

Проприорефлексы: с верхней конечности \_\_\_\_\_, с нижней конечности \_\_\_\_\_

Мышечный тонус: \_\_\_\_\_ Сила мышц (d, s): \_\_\_\_\_ баллов

В позе Барре конечности (не-) удерживает \_\_\_\_\_

Патологические знаки: \_\_\_\_\_

Расстройства чувствительности: есть, нет, \_\_\_\_\_ поверхностная, болевая, температурная, тактильная

Координационные нарушения: есть, нет

ПНП \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

Атаксия: нет, статическая в позе Ромберга (вправо, влево, назад, вперед)

Динамическая походка: устойчивая, гемипаретическая, атактическая, параспетическая, утиная, степпаж, астазия, абазия

Критика к своему состоянию: сохранена, снижена, отсутствует

Интеллект: снижен, резко снижен, соответствует возрасту и образованию

Память: сохранена, ослаблена, резко ослаблена, амнезия

Речевые нарушения: нет, афазия (моторная, сенсорная, амнестическая)

Дизартрия: \_\_\_\_\_

Апраксия: \_\_\_\_\_

Агнозия: \_\_\_\_\_

***Клинический реабилитационный диагноз при поступлении:***

Основной \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Реабилитационный прогноз:*** благоприятный, неблагоприятный

\_\_\_\_\_

*дата*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*подпись*

*расшифровка подписи*

**Повторный осмотр (при выписке) (заполняются только изменения)**

Дата \_\_\_\_\_

Положение: активное, пассивное, вынужденное, на каталке

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное

Сознание: ясное, sopor, кома степени

**Неврологический статус**

Менингеальный синдром: нет, да

*Черепномозговые нервы (отметить только патологию)*

Обоняние: не нарушено, гипосмия, аносмия (слева, справа)

Зрение: не нарушено, амблиопия, амавроз, гемианопсия (частичная, полная), гомонимная (справа, слева), гетеронимная, битемпоральная, биназальная.

Движения глазных яблок: в полном объеме, парез взора (вправо, влево), страбизм (сходящийся, расходящийся по вертикали), плавающие движения глазных яблок, птоз (нет, d, s)

Окулоцефалический рефлекс: есть, нет

Зрачки (d мм, s мм): норма, миоз, мидриаз, деформация (d, s)

Фотореакция: прямая, содружественная; сохранена, снижена, отсутствует (d, s)

Корнеальные рефлексы: живые, снижены, отсутствуют (d, s)

Глазные щели (d, s): \_\_\_\_\_

Носогубные складки: симметричные, асимметричные, сглажены

Слух: сохранен, снижен, отсутствует (d, s)

Нистагм: есть, нет; горизонтальный, вертикальный, ротаторный, мелко-крупноразмашистый; вправо, влево, в обе стороны

Головокружение: есть, нет \_\_\_\_\_ Тошнота, рвота: есть, нет \_\_\_\_\_

Парез мягкого неба: есть, нет (d, s) Глоточный рефлекс: живой, снижен, отсутствует, повышен (d, s)

Uvula: по средней линии, отклонена (d, s)

Глотание: сохранено, дисфагия, афагия, дисфония, кашлевой рефлекс: есть, нет

Положение головы: \_\_\_\_\_

Девиация языка: нет, вправо, влево Гипотрофия языка: нет, (d, s) Фибрилляции: есть, нет

Проприорефлексы: с верхней конечности \_\_\_\_\_, с нижней конечности \_\_\_\_\_

Мышечный тонус: \_\_\_\_\_ Сила мышц (d, s): \_\_\_\_\_ баллов

В позе Барре конечности (не-) удерживает \_\_\_\_\_

Патологические знаки: \_\_\_\_\_

Расстройства чувствительности: есть, нет, \_\_\_\_\_ поверхностная, болевая, температурная, тактильная

Координационные нарушения: есть, нет

ПНП \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

Атаксия: нет, статическая в позе Ромберга (вправо, влево, назад, вперед)

Динамическая походка: устойчивая, гемипаретическая, атактическая, параспаретическая, утиная, степпаж, астазия, абазия

Критика к своему состоянию: сохранена, снижена, отсутствует

Интеллект: снижен, резко снижен, соответствует возрасту и образованию

Память: сохранена, ослаблена, резко ослаблена, амнезия

Речевые нарушения: нет, афазия (моторная, сенсорная, амнестическая)

Дизартрия: \_\_\_\_\_

Апраксия: \_\_\_\_\_

Агнозия: \_\_\_\_\_

***Проведены реабилитационные мероприятия (помимо медикаментозной терапии)***

Лечебная физкультура: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Массаж: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Физиотерапевтическое лечение: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Рефлексотерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Эрготерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Занятия на тренажере: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Мануальная терапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Гирудотерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Прочие: \_\_\_\_\_

***Клинический реабилитационный диагноз при выписке (перечислить основные нарушения функционирования)***

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

***Оценка по шкале:*** Ривемид \_\_\_\_\_ Рэнкин \_\_\_\_\_

***Оценка по шкале:*** активности \_\_\_\_\_ участия \_\_\_\_\_ среды \_\_\_\_\_

***Реабилитационный прогноз:*** благоприятный, неблагоприятный

***Направляется:*** для проведения реабилитационных мероприятий на дому, второй этап, третий этап, в отделение паллиативной медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи

## ВТОРОЙ ЭТАП

(наименование медицинской организации)

### **Первый осмотр (перед началом реабилитационных мероприятий)**

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Основные проблемы в жизнедеятельности со стороны пациента**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению его родственников**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады**

Врач-невролог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач (инструктор) лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Психолог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Логопед \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Эрготерапевт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Цели реабилитации**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Клинический реабилитационный диагноз при поступлении:**

Основной \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

Сопутствующий \_\_\_\_\_

---

**Оценка по шкале:** Ривемид \_\_\_\_\_ Рэнкин \_\_\_\_\_

**Оценка по шкале:** активности \_\_\_\_\_ участия \_\_\_\_\_ среды \_\_\_\_\_

**Реабилитационный прогноз:** благоприятный, неблагоприятный

\_\_\_\_\_ /  
дата

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

**Повторный осмотр (при выписке) (заполняются только изменения)**

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Основные проблемы в жизнедеятельности со стороны пациента**

\_\_\_\_\_

**Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению его родственников**

\_\_\_\_\_

**Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады**

Врач-невролог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач (инструктор) лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Психолог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Логопед \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Эрготерапевт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Цели реабилитации (достигнуты, не достигнуты)**

\_\_\_\_\_

**Проведены реабилитационные мероприятия (помимо медикаментозной терапии)**

Лечебная физкультура: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Массаж: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Физиотерапевтическое лечение: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Рефлексотерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Эрготерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Занятия на тренажере: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Мануальная терапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Гирудотерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Прочие: \_\_\_\_\_

**Клинический реабилитационный диагноз при выписке (перечислить основные нарушения функционирования)**

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

**Оценка по шкале:** Ривемид \_\_\_\_\_ Рэнкин \_\_\_\_\_ Бартельса \_\_\_\_\_

**Оценка по шкале:** активности \_\_\_\_\_ участия \_\_\_\_\_ среды \_\_\_\_\_

MMSE (при наличии психолога) \_\_\_\_\_

**Реабилитационный прогноз:** благоприятный, неблагоприятный

**Направляется:** для проведения реабилитационных мероприятий на дому, в специализированное реабилитационное отделение (повторно), третий этап, в отделение паллиативной медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи

## ТРЕТИЙ (АМБУЛАТОРНЫЙ) ЭТАП

(наименование медицинской организации)

### **Первый осмотр (перед началом реабилитационных мероприятий)**

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

---

---

---

### **Основные проблемы в жизнедеятельности со стороны пациента**

---

---

---

### **Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению его родственников**

---

---

---

---

### **Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады**

Врач-невролог \_\_\_\_\_

---

---

Врач (инструктор) лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт \_\_\_\_\_

---

---

---

Психолог \_\_\_\_\_

---

---

---

Логопед \_\_\_\_\_

---

---

---

Эрготерапевт \_\_\_\_\_

---

---

### **Цели реабилитации**

---

---

---

---

**Клинический реабилитационный диагноз при поступлении:**

Основной \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Оценка по шкале:** Ривемид \_\_\_\_\_ Рэнкин \_\_\_\_\_ Бартельса \_\_\_\_\_

**Оценка по шкале:** активности \_\_\_\_\_ участия \_\_\_\_\_ среды \_\_\_\_\_

MMSE (при наличии психолога) \_\_\_\_\_

**Реабилитационный прогноз:** благоприятный, неблагоприятный

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи

**Повторный осмотр (при выписке) (заполняются только изменения)**

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

**Основные проблемы в жизнедеятельности пациента по мнению членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады**

Врач общей практики (семейной медицины) \_\_\_\_\_

Врач-невролог \_\_\_\_\_

Врач (инструктор) лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт \_\_\_\_\_

Психолог \_\_\_\_\_

Логопед \_\_\_\_\_

Эрготерапевт \_\_\_\_\_

**Цели реабилитации (достигнуты, не достигнуты)**

**Проведены реабилитационные мероприятия (помимо медикаментозной терапии)**

Лечебная физкультура: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Массаж: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Физиотерапевтическое лечение: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Рефлексотерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Эрготерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Занятия на тренажере: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Мануальная терапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Гирудотерапия: минут в день \_\_\_\_\_ количество процедур \_\_\_\_\_

Прочие: \_\_\_\_\_

**Клинический реабилитационный диагноз (перечислить основные нарушения функционирования)**

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Оценка по шкале: Ривемид \_\_\_\_\_ Рэнкин \_\_\_\_\_ Бартельса \_\_\_\_\_

Оценка по шкале: активности \_\_\_\_\_ участия \_\_\_\_\_ среды \_\_\_\_\_

MMSE (при наличии психолога) \_\_\_\_\_

**Реабилитационный прогноз:** благоприятный, неблагоприятный

**Направляется:** для проведения реабилитационных мероприятий на дому, в специализированное реабилитационное отделение (повторно), в отделение паллиативной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи

**Третий и последующие осмотры пациента в амбулаторных условиях проводятся до и после проведения каждого курса реабилитационных мероприятий; после острого нарушения мозгового кровообращения: в течение первого года реабилитации – два раза в год, затем один раз в год пожизненно**

## Шкала активности, участия и среды

### Способность к передвижению

(Может самостоятельно=3, с помощью/приспособлениями=2, не может=1)

Дата оценки			
1. Может ли повернуться на бок?			
2. Может ли сесть в кровати?			
3. Может ли сидеть на кровати?			
4. Может ли пересест в прикроватное кресло?			
5. Может ли пересест на прикроватный туалет?			
6. Может ли стоять?			
7. Может ли ходить?			

### Прием пищи (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособлениями=2, не может=1)

1. Может ли есть за прикроватным столом?			
2. Может ли есть за общим столом?			
3. Сохраняет ли симметричную позу?			
4. Может ли есть самостоятельно?			
5. Может ли держать ложку в правой (левой) руке?			
6. Может ли помогать себе левой (правой) рукой?			

### Самообслуживание (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

1. Может ли вымыть руки и лицо из таза, сидя в прикроватном кресле?			
2. Может ли вымыть руки и лицо, сидя перед раковиной?			
3. Может ли вымыть руки и лицо, стоя перед раковиной?			
4. Может ли включить кран?			
5. Может ли пользоваться мылом?			
6. Может ли почистить зубы?			
7. Может ли побриться?			
8. Может ли пользоваться полотенцем?			
9. Может ли пользоваться туалетной бумагой?			
10. Может ли причесаться?			
11. Может ли вымыться в ванне?			

### Одевание (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособлениями=2, не может=1)

1. Может ли надеть футболку?			
2. Может ли надеть рубашку без пуговиц (халат)?			
3. Может ли надеть рубашку с пуговицами?			
4. Может ли надеть штаны (юбку) без пуговиц?			
5. Может ли надеть штаны (юбку) с пуговицами?			
6. Может ли надеть тапки?			
7. Может ли надеть ботинки без шнуровки?			
8. Может ли надеть ботинки со шнуровкой?			

### Общение (Может самостоятельно=3, с помощью=2, не может=1)

1. Может ли общаться?			
2. Может ли общаться с помощью речи?			
3. Может ли общаться с помощью знаков?			
4. Телефон			
5. Компьютер			

### Приготовление пищи (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

1. Чай			
2. Бутерброд			
3. Холодное блюдо			
4. Горячее блюдо			

### Домашняя работа (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

1. Стирка			
2. Уборка			
3. Покупки			
4. Открывать/закрывать входную дверь			

5. Пользоваться ключами			
6. Другое:			
<b>Продуктивность / роль</b> (Может самостоятельно=3, с помощью=2, не может=1)			
1. Уход за детьми / внуками / др.			
2. Работа / учеба			
3. Другие:			
<b>Досуг</b> (Может самостоятельно=3, с помощью=2, не может=1)			
1. Интересы в прошлом			
2. Настоящие интересы/активности			
<b>Среда</b> (Доступная=3, Частично адаптирована=2, недоступная=1)			
1. Квартира(дом)			
2. Подъезд			
3. Крыльцо			
4. Улица			
5. Транспорт			
6. Работа			
<b>Итого:</b>			