

Upozornění: U políček platnou variantu označte křížkem ☒

ZPRÁVA LÉKAŘE

Příjmení / Titul

Jméno Rodné číslo /

Datum úrazu Poraněná strana Pravá Levá Dominantní končetina Pravá Levá

Který kloub nebo prst byl poraněn?
Obtíže uváděné zraněným

PRSTY

Nedověr prstů horní končetiny v cm (mimo palec)

Prst	II. prst		III. prst		IV. prst		V. prst	
Nedověr cm	P	L	P	L	P	L	P	L

RAMENO

Omezení hybnosti ramenního kloubu

Vyjádřete prosím omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe předpažením	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L

JINÉ KLOUBY (MIMO RAMENO)

Omezení hybnosti kloubu (mimo rameno)

Vyjádřete prosím omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L
Abdukce	P	L	Abdukce	P	L
Ulnární dukce	P	L	Radiální dukce	P	L
Pronace	P	L	Supinace	P	L

Omezení hybnosti dalšího kloubu (mimo rameno) – vyplňte v případě hodnocení omezení hybnosti více kloubů

Vyjádřete prosím omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L
Abdukce	P	L	Abdukce	P	L
Ulnární dukce	P	L	Radiální dukce	P	L
Pronace	P	L	Supinace	P	L

DOPNŮJÍCÍ ÚDAJE

Je současné omezení hybnosti ustáleno? ANO NE

Byl poraněný kloub postižen již před úrazem? ANO NE Jak?

LÉKAŘ

V dne

Adresa zdravotnického zařízení

Telefon/e-mail

Razítko, jméno a podpis lékaře