

# PRISTUPNICA ZA UKLJUČIVANJE U PROGRAM TERAPIJSKOG JAHANJA

(Popunjava liječnik)

Poštovani,

u cilju sigurne provedbe programa terapijskog jahanja, molimo ispunite ovu pristupnicu.

Navedena stanja mogu utjecati na oblikovanje programa i/ili mogu biti kontraindikacija za terapijsko jahanje. Pri ispunjavanju pristupnice, molimo zabilježite postoji li neko od navedenih stanja kod Vašeg pacijenta/ice i u kojem stupnju.

<b>ORTOPEDIJA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atlantoaksijalna nestabilnost, uključujući neurološke simptome</li><li>• Koksartroza</li><li>• Deficit kranijalnih živaca</li><li>• Heterotopic Ossification, Myositis Ossificans</li><li>• Različite subluksacije zglobova</li><li>• Osteoporoza</li><li>• Patološke frakture</li><li>• Spinalni operativni zahvati (fuzija/fiksacija)</li><li>• Spinalna nestabilnost</li></ul>	<b>OSTALO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sklonost agresiji/samoagresiji</li><li>• Žrtva fizičkog, seksualnog i/ili emocionalnog zlostavljanja</li><li>• Problemi s krvnim tlakom</li><li>• Kardiovaskularni poremećaji</li><li>• Hemofilija</li><li>• Migrene</li><li>• Respiratorni problemi</li><li>• Nedavni operativni zahvati</li><li>• Nekontrolirano ponašanje</li><li>• Problemi s prehranom (bulimija/anoreksia)</li></ul>
<b>NEUROLOGIJA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Grčevi (konvulzije - kontraindicirano 6. mj. od zadnjeg EPI napada)</li><li>• Hidrocefalus</li><li>• Spina Bifida Chiari II malformation tethered cord</li></ul>	

## KORISNIKOV MEDICINSKI STATUS I FIZIČKO STANJE

- Ime i prezime: \_\_\_\_\_
- DIJAGNOZA: \_\_\_\_\_
- Operativni zahvati u prošlosti: \_\_\_\_\_
- Planirani operativni zahvati: \_\_\_\_\_
- Lijekovi koje koristi: \_\_\_\_\_
- Epi napadi: Da / Ne , Pod kontrolom: Da / Ne
- Datum zadnjeg napada: \_\_\_\_\_
- Shunt: Da / Ne
- Datum zadnje kontrole: \_\_\_\_\_

Molimo zaokružite.

<b>POKRETNOST:</b>	<b>STAJANJE:</b>	<b>SJEDENJE:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samostalno</li> <li>▪ Uz pomoć pratioca</li> <li>▪ Sa šakama/hodalicom</li> <li>▪ Korisnik kolica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bez oslonca</li> <li>▪ Uz oslonac</li> <li>▪ Ne stoji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samostalno, stabilno</li> <li>▪ Kratkotrajno, nestabilno</li> <li>▪ Ne sjedi</li> </ul>

Molimo navedite postojeće ili prošle poteškoće u sljedećim područjima, uključujući i operativne zahvate.

	DA / NE		KOMENTAR
SLUH			
VID			
DODIR			
GOVOR			
SRCE I KRVOŽILNI SUSTAV			
KOŽA			
IMUNITET			
PLUĆA I DIŠNI SUSTAV			
NEUROLOŠKI SUSTAV			
MIŠIĆNI SUSTAV			
RAVNOTEŽA			
ORTOPEDSKI PROBLEMI			
ALERGIJE			
POREMEĆAJI U UČENJU			
POREMEĆAJI U KONCENTRACIJI			
EMOCIONALNI PROBLEMI			
PSIHOLOŠKI PROBLEMI			
DRUGO...			

Molimo zaokružite.

- Smatram da postoje kontraindikacije za korištenje programa terapijskog jahanja. DA / NE
- Temeljem mojih saznanja ne postoje razlozi da se pacijent/ica ne uključi u program terapijskog jahanja (nadzirane konjičke aktivnosti). DA / NE
- Preporučujem program terapijskog jahanja zbog mogućih rehabilitacijskih postignuća. DA / NE

Iskreno Vam zahvaljujemo na suradnji. Ako imate bilo kakva pitanja ili dvojbe oko uključivanja pacijenta/ice u program terapijskog jahanja, molimo, kontaktirajte nas na broj 098 / 372 - 651.

**Datum :** \_\_\_\_\_

**Potpis i pečat liječnika**

## OPĆI PODACI DJETETA:

(Popunjava roditelj/zakonski zastupnik)

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Težina: \_\_\_\_\_ Visina: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Kontakt telefon roditelja/zakonskog zastupnika: \_\_\_\_\_

## IZJAVA

- ✓ Svoji potpisom potvrđujem da sam svjestan/na činjenice kako konjičke aktivnosti uključuju rizik od fizičkih ozljeda te da preuzimam odgovornost za svoju odluku o uključivanju djeteta u program terapijskog jahanja.
- ✓ Dopuštam korištenje foto i video zapisa programa u kojem sudjeluje moje dijete u promidžbene i evaluacijske svrhe.
- ✓ Izjavljujem da ću štiti privatnost drugih sudionika u programu.

Korisnik/roditelj/zakonski zastupnik:

\_\_\_\_\_  
(ime, prezime i potpis)

Datum: \_\_\_\_\_