

**KONSÜLTASYON İLE FİZYOTERAPİ ŞEMASI ÇİZİLEN HASTANIN FİZYOTERAPİST
İŞLEM FORMU**

ÖNERİLER:

Hastanın adı soyadı :

Protokol no :

Bu formun amacı konsültasyonda hastaya yapılan rehabilitasyon uygulamalarını multidisipliner ekibin diğer üyelerini bilgilendirmektir.

NÖROLOJİK REHABİLİTASYON:

- | | |
|---|---|
| ☐ Özel Eklem Ve Yumuşak Doku Mobilizasyon Teknikleri | ☐ Kas Kuvvetlendirme Eğitimi |
| ☐ Oral – Motor Rehabilitasyon | ☐ Nöromusküler Elektrik Stimülasyonu |
| ☐ MAT Aktiviteleri | ☐ Pozisyonlama |
| ☐ ROM Egzersizleri | |

ORTOPEDİK REHABİLİTASYON:

- | | |
|--|---|
| ☐ ROM Egzersizleri | ☐ Kas Kuvvetlendirme Eğitimi |
| ☐ Eklem Hareket Açıklığını Arttırma | ☐ Duyu Algı Motor Eğitimi |
| ☐ Proprioseptif Eğitim | ☐ Ortopedik Rehabilitasyona Özel Teknikler |
| ☐ Yumuşak Doku Mobilizasyonu | |

SOLUNUM REHABİLİTASYONU :

- | | |
|--|---|
| ☐ Pozisyonlama | ☐ Solunum Egzersizleri |
| ☐ Postural Drenaj | ☐ Kas Kuvvetlendirme |
| ☐ Nefesi İyi Kullanma Ve Gevşeme Teknikleri | |

FİZİKSEL AKTİVİTELER :

- | | |
|--|--|
| ☐ Çömelip Kalkma | ☐ Ayakta Durma |
| ☐ Adım Alma | ☐ Yürüyüş |
| ☐ Ağırlık Aktarma | ☐ Denge Egzersizleri |
| ☐ Core Stabilizasyon Egzersizleri | ☐ Esneme Egzersizleri |
| ☐ Kuvvetlendirme Egzersizleri | |

Ad Soyad, Yakınlık Derecesi, İmza

Onayı Alan Fizyoterapist (Kaşe, imza)

Konsültan Hekim Adı- Soyadı