



## KARTA KWALIFIKACJI NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Imię i nazwisko dziecka:

.....

PESEL.....

Rozpoznanie.....

.....

### OPIS STANU PACJENTA

(wypełnia lekarz)

#### **Test funkcjonalny:**

- kontrola głowy.....

- siedzi samodzielnie.....

- chodzi samodzielnie.....

- chodzi z pomocą.....

- używany sprzęt rehabilitacyjny oraz protezowanie.....

.....

.....

zaburzenia równowagi.....

- zaburzenia koordynacji ruchowej.....

-inne.....



**Ocena układu kostno – stawowego :**

- stawu biodrowego.....
- zniekształcenia w obrębie układu kostnego.....
- przykurcze, deformacje.....
- wada postawy.....
- skrzywienie kręgosłupa (podać jakie skrzywienie, stopień)  
.....  
.....
- kolana: koślawe, szpotawe, z  
przeprostem.....  
.....
- stopy: płasko kośława, płaska, końsko-szpotawa, inna.....
- ubytki lub inne deformacje.....  
.....
- skrócenie kończyny.....
- amputacja (poziom).....
- miednica: przodopochylenie, tyłopochylenie.....
- niestabilność szczytowo-potyliczna (np. w zespole Downa).....  
.....
- zwyrodnienie stawów (jakich?).....;
- .....
- zeszywnienie kręgosłupa.....
- osteoporoza.....

**Ocena napięcia mięśniowego:** (osłabione, wzmożone,  
gdzie?).....  
.....



**Zaburzenia neurologiczne:**

- ruchy mimowolne.....  
.....
- padaczka (częstość występowania ataków, postać, leczenie)  
.....  
.....
- wodogłowie (obecność zastawki).....
- zaburzenia czucia.....  
.....
- przetrwałe odruchy: ATOS, STOS, inne (jakie?).....  
.....
- ataksja.....
- atetozja.....
- niedowłady, porażenia.....  
.....
- inne.....  
.....

**Zaburzenia układu krążenia (wady serca):**

.....  
.....

**Czynności fizjologiczne (samodzielnie, z pomocą).....**

.....

**Wady wzroku** (w przypadku wady wzroku konieczna jest zgoda lekarza okulisty na jazdę konną)

.....  
.....



**Wady słuchu (czy nosi aparat słuchowy?)**

.....  
.....

**Zaburzenia mowy (czy jest pod opieką poradni logopedycznej?)**

.....  
.....

**Inne schorzenia (cukrzyca, niewydolność nerek, choroby układu oddechowego) .....**

.....

**Przebyte operacje i zabiegi chirurgiczne:**

.....  
.....

**Przyjmowane leki:.....**

.....

**Choroby skóry:.....**

.....

**Alergia (podać na co) .....**

.....

**Poziom rozwoju intelektualnego:**

- norma.....
- opóźnienie rozwoju intelektualnego.....
- upośledzenie umysłowe (stopień).....
- inne informacje.....

**Rozwój emocjonalny i społeczny:**

- obszar rozwoju społecznego.....
- .....
- .....
- obszar rozwoju emocjonalnego.....
- .....
- .....

**Szczegółowe zalecenia dotyczące zajęć hipoterapii:**

.....

.....

.....

.....

**Założenia:**

**Dziecka nie dotyczą następujące przeciwwskazania lub ograniczenia do zajęć hipoterapii:**

- uczulenie na sierść, pot lub zapach konia
- niewygojone rany
- schorzenia okulistyczne<sup>1</sup>
- pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, nadpobudliwości psychoruchowej, chorobach mięśni
- całkowity brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym

**□utrwalone deformacje i zniekształcenia, przykurcze, ograniczenia zakresu ruchu układu kostno-stawowego, np. zwichnięcia w stawach biodrowych, zaburzenia mineralizacji kości<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>wymagana konsultacja okulisty <sup>2</sup>wymagana konsultacja ortopedy

.....  
(data, pieczętka i podpis lekarza)

NIE STWIERDZONO PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH  
HIPOTERAPEUTYCZNYCH

.....  
(data, pieczętka i podpis lekarza)

*Prowadzący zajęcia: Agnieszka Nowak instruktor hipoterapii*

*Kontakt do Fundacji: tel.: 609 339 069 e-mail: [hipoterapiaolimp@gmail.com](mailto:hipoterapiaolimp@gmail.com)*