Szanowni Państwo,

Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska od kilku lat wspiera organizacje pacjentów i dąży do poprawy poziomu fizjoterapii w Polsce. Niniejsza ankieta ma na celu zapoznanie się z ograniczeniami, których doświadczają osoby niskie w codziennym życiu. Wiedza na ten temat jest bardzo ograniczona ze względu na rzadkie występowanie niskorosłości. Państwa opinie posłużą opracowaniu standardów fizjoterapii dostosowanych do potrzeb i oczekiwań osób niskich. Będę bardzo wdzięczna za wypełnioną ankietę, sugestie i komentarze. Wypełnioną ankietę proszę odesłać na adres fp.agnieszka@wp.pl w temacie maila wpisując Nieduzi.

Z wyrazami szacunku

dr Agnieszka Stępień

Wydział Rehabilitacji AWF Warszawa, Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska,

Pełnomocnik Krajowej Izby Fizjoterapeutów ds. kontaktów ze stowarzyszeniami pacjentów i ich rodzin.

**ANKIETA**

Płeć KOBIETA MĘŻCZYZNA

Wiek (miesiąc, rok urodzenia)

Rozpoznanie

Choroby towarzyszące

Masa ciała Wzrost

Miejsce zamieszkania (zaznacz prawidłową odpowiedź)

WIEŚ MAŁE MIASTO (do 100.000) DUŻE MIASTO (powyżej 100.000)

Czy w Pani/Pana/ Dziecka codziennym funkcjonowaniu występują jakieś ograniczenia zewnętrzne (np. bariery architektoniczne, niedostosowany sprzęt codziennego użytku, niedostosowane miejsce pracy lub nauki, inne)? Wymień 5 najważniejszych ograniczeń od najbardziej istotnych do mniej istotnych.

1.

2.

3.

4.

5.

Jakie czynności codzienne sprawiają Pani/Panu/ Dziecku największą trudność (np. samoobsługa, sięganie wysoko po przedmioty, stanie na jednej nodze, chodzenie po schodach, bieganie, praca przy komputerze, jazda komunikacją miejską, inne). Wymień 5 czynności od najtrudniejszych do najłatwiejszych.

1.

2.

3.

4.

5.

**Informacje o stanie zdrowia**

Czy u Pani/Pana/Dziecka występuje skolioza? TAK NIE

Czy u Pani/Pana/Dziecka występuje zwiększona lordoza? TAK NIE

Czy występują przykurcze w stawach? TAK NIE

W których stawach występują przykurcze?

Czy występują dolegliwości bólowe? TAK NIE

W jakim rejonie ciała pojawiają się dolegliwości bólowe?

- bóle głowy TAK NIE

- bóle barków TAK NIE

- bóle łokci TAK NIE

- bóle nadgarstków i rąk TAK NIE

- bóle kręgosłupa szyjnego TAK NIE

- bóle kręgosłupa piersiowego TAK NIE

- bóle kręgosłupa lędźwiowego TAK NIE

- bóle stawu biodrowego TAK NIE

- bóle stawów kolanowych TAK NIE

- bóle stawów skokowych i stóp TAK NIE

- inne – jakie?

Czy korzystasz z fizjoterapii? TAK NIE

Z jakiego powodu zlecono fizjoterapię?

Jakie zmiany należy wprowadzić w Polsce by poprawić jakość Pani/Pana/ Dziecka życia? Wymień 5 sugerowanych zmian od najważniejszych do mniej ważnych .

1.

2.

3.

4.

5.

Jakie zmiany należy wprowadzić w miejscu pracy/ w szkole by poprawić jakość Pani/Pana/ Dziecka funkcjonowania? Wymień 5 sugerowanych zmian od najważniejszych do mniej ważnych.

1.

2.

3.

4.

5.

Jakie zmiany należy wprowadzić w systemie opieki zdrowotnej by poprawić jakość opieki nad osobami niskorosłymi? Wymień 5 sugerowanych zmian od najważniejszych do mniej ważnych.

1.

2.

3.

4.

5.

O czym Pani/Pan/ Dziecko marzy?

1.

2.

3.

**Zgoda na udział w badaniach**

Wyrażam zgodę na udział w badaniu i wykorzystanie zgromadzonych informacji w celach statystycznych, bez podania danych personalnych.

Data………………… Podpis……………………………………………….