Część II

 Wypełnia lekarz prowadzący -Neurolog

 dotyczy...........................................................................................................................

 (imię i nazwisko pacjenta)

I. Wywiad: początek choroby (rok) pierwsze objawy (jakie), rozpoznanie choroby (rok i gdzie), udostępnienie dokumentacji, która potwierdza rozpoznanie, dodatkowe informacje aktualnego stanu zdrowia (ograniczenie lub przeciwwskazania do rehabilitacji), aktualne leczenie:

II. Choroby współistniejące, które mogą stanowić p.wskazanie do rehabilitacji ..................................................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

III. Postać choroby (w zależności od przebiegu odpowiednie zaznaczyć)

1. Postać remitująco-rzutowa (R-R)

2. Postać wtórnie przewlekła (S-P)

3. Postać pierwotnie-postępująca (P-P)

4. Postać rzutowo-przewlekła (P-R)

IV. Aktualny stan funkcjonalny (zgodnie ze skalą EDSS-odpowiednie zaznaczyć)

**0.0** Prawidłowe badanie neurologiczne.
**1.0** Bez upośledzenia czynności.

**1.5** Bez upośledzenia czynności, minimalne objawy w więcej niż jednym punkcie FS.
**2.0** Minimalne upośledzenie czynności w jednym punkcie FS.
**2.5** Minimalne upośledzenie czynności w dwóch punktach FS.
**3.0** W pełni chodzący, ale z umiarkowanym upośledzeniem czynności w jednym punkcie FS albo łagodnym upośledzeniem czynności w trzech lub czterech punktach FS.

**3.5** W pełni chodzący, ale z umiarkowanym upośledzeniem czynności w jednym punkcie FS i jeden lub dwa punkty FS o stopniu 2, albo dwa punkty o stopniu 3, albo pięć punktów o stopniu 2.

**4.0** W pełni chodzący bez pomocy oraz samoobsługujący się powyżej 12 godzin dziennie. Zdolny do przejścia 500 m bez pomocy lub odpoczynku.
**4.5** W pełni chodzący bez pomocy przez większość dnia mogący jednak wymagać minimalnej pomocy, charakteryzujący się stosunkowo ciężkim upośledzeniem czynności. Zdolny do przejścia 300 m bez pomocy lub odpoczynku.
**5.0** Zdolny do przejścia bez pomocy lub odpoczynku około 200m. Niewydolność ruchowa wystarczająco ciężka aby upośledzić całkowicie codzienne czynności.

**5.5** Zdolny do przejścia bez pomocy lub odpoczynku około 100 m. Niewydolność ruchowa wystarczająco ciężka aby uniemożliwić całkowicie codzienne czynności.
**6.0** Stosowane okresowo lub jednostronne wspomaganie (laska, kula) konieczne do przejścia około 100 metrów z lub bez odpoczynku.
**6.5** Stałe obustronne wspomaganie (laska, kula) konieczne do przejścia 20 m bez odpoczynku.

**7.0** Niezdolny do przejścia ponad 5 metrów nawet z pomocą, poruszający się głównie na wózku, porusza kołami wózka i przemieszcza się przy jego pomocy samodzielnie, przebywa w wózku ponad 12 godzin dziennie.

**7.5** Niezdolny do przejścia więcej niż kilka kroków, porusza się na wózku, może wymagać pomocy przy przemieszczaniu się, porusza kołami wózka samodzielnie ale nie może przebywać w standardowym wózku przez cały dzień porusza się jedynie na wózku lub jest w nim wożony, ale przebywa poza wózkiem przez większość. dnia. Zachowanych wiele czynności samoobsługi, zazwyczaj potrafi efektywnie używać kończyn górnych.
**8.0** Zasadniczo chory jest ograniczony do łóżka lub fotela albo jest wożony w wózku inwalidzkim, ale większość dnia może spędzać poza łóżkiem; nadal wykonuje samodzielnie wiele podstawowych czynności życia codziennego, mając na ogół sprawne ręce.
**8.5** Przebywający jedynie w łóżku przez większość dnia. Potrafi efektywnie wykonywać niektóre czynności jedną lub obydwoma kończynami górnymi. Zachowane są niektóre czynności samoobsługi.

**9.0** Chory leżący, bezradny, może porozumiewać się i jeść.

**9.5** Chory leżący całkowicie bezradny, nie może efektywnie porozumiewać się i jeść/połykać.

Data................................................. Podpis i pieczątka lekarza.........................................................................