

تقييم الوظائف البدنية Physical Functional Evaluation

1. إن دفع الأموال لإجراء تقييم بدني عام أو شامل يعتبر أمرًا طارئًا عند تلقي ملاحظات الرسم البياني المتوفرة خلال السنة أشهر الماضية، وكذلك المستندات المؤيدة مثل نتائج المعمل وتقارير الباثولوجيا وتقارير التصوير التشخيصي ودراسات نطاق الحركة. ويتعين إرفاق فاتورة بالخدمات لهذا التقييم.
 2. خلال فحص هذا المريض، يرجى تقييم جميع الحالات الطبية التي قد تقيّد قدرته على العمل. يجب ألا يقتصر تقييمك على الحالة (الحالات) الحالية. أنت غير مطالب بإكمال أي اختبار خاص للقدرات الوظيفية للتعبير عن رأيك الطبي المهني في هذا النموذج.
- السرية: تخضع المعلومات التي توفرها لقوانين "الكشف العلني عن البيانات الخاص بولاية واشنطن" وقد يتم تقديمها للعميل عند الطلب. لا تكشف دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) عن مزيد من المعلومات دون موافقة خطية من الفرد الذي تخصه المعلومات أو وفقًا لما يسمح به قانون الولاية خلافًا لذلك.

أ. معلومات العميل	
الاسم	تاريخ الميلاد
رقم تعريف العميل	
ب. التفويض بإعطاء المعلومات	
أفوض _____ بإعطاء المعلومات التالية إلى دائرة _____	
اسم المهني الذي يقوم بالفحص	
الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)، فقط لتقييم مدى الاستحقاق للحصول على مساعدة عامة. يشتمل تحرير المعلومات المشار إليها على اختبار التشخيص ومعلومات العلاج المتعلقة بالصحة النفسية ومعاقرة المسكرات أو المخدرات، وداء الخلية المنجلية ونتائج الأمراض المنقولة جنسيًا (STD)، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز [قانون واشنطن المنقح (RCW) 70.24.105].	
هذا التفويض سارٍ لعام واحد أو حتى _____ (تاريخ).	
يحق لي إلغاء هذا التفويض أو سحبه في أي وقت كتابة.	
أتفهم إمكانية إعادة الكشف عن المعلومات المقدمة إلى DSHS فقط من خلال تفويض سارٍ مني أو في حالة طلب ذلك بموجب القانون.	
توقيع العميل	التاريخ
ج. شخصي	
أهم الشكاوى والأعراض المبلغ عنها:	
بداية القصور الرئيسي المبلغ عنه: _____ (تاريخ).	
وضح أي سجل للعلاج بما في ذلك مرات الاستشفاء:	



أرفق ملاحظات الرسم البياني التي توضح بالتفصيل نتائج الفحص.
وضح أي قصور غير متعلقة ببذل الجهد أو قيود متعلقة بمكان العمل (مثل الحساسية الكيميائية أو عدم القدرة على العمل خلال المرتفعات):

أدرج جميع نتائج المعمل والتصوير ونطاق الحركة ونتائج الاختبارات التشخيصية الأخرى (أرفق التقارير):

هـ. التقييم

1. أدرج كل تشخيص في العمود 1 أدناه، من خلال البدء بالقصور الرئيسي.
2. في العمود 3 أدناه، عليك تقدير شدة التشخيص وفقاً لرايكم الطبي المهني باستخدام التعريفات التالية:

التصنيف	الشدة	التعريف
1	لا يوجد	لا يوجد تداخل مع القدرة على أداء نشاط أو أكثر من النشاطات الأساسية المتعلقة بالعمل
2	طفيفة	لا يوجد تداخل كبير مع القدرة على أداء نشاط أو أكثر من النشاطات الأساسية المتعلقة بالعمل
3	متوسطة	يوجد تداخل كبير مع القدرة على أداء نشاط أو أكثر من النشاطات الأساسية المتعلقة بالعمل
4	بالغة	يوجد تداخل كبير جداً مع القدرة على أداء نشاط أو أكثر من النشاطات الأساسية المتعلقة بالعمل
5	خطيرة	عدم القدرة على أداء نشاط أو أكثر من النشاطات الأساسية المتعلقة بالعمل

تشتمل أنشطة العمل الأساسية على (أ) الجلوس و(ب) الوقوف و(ج) المشي و(د) الرفع و(هـ) الحمل و(و) المناولة و(ز) الدفع و(ح) السحب و(ط) الوصول (ي) الانحناء و(ك) الربوض و(ل) النظر و(م) السمع و(ن) التواصل.

تصنيف الشدة	نشاط العمل المتأثر (انظر (أ) - (ن) أعلاه)	التشخيص

برأيك الطبي المهني، ما مستوى العمل الذي يمكن للعميل القيام به بطريقة متوقعة ومعتادة* برغم القصور الذي يعاني منه؟

العمل الثقيل.....القدرة على رفع 100 رطل بحد أقصى ورفع أو حمل ما يصل إلى 50 رطلاً بصورة متكررة**.

العمل المتوسط.....القدرة على رفع 50 رطلاً بحد أقصى ورفع أو حمل ما يصل إلى 25 رطلاً بصورة متكررة**.

العمل الخفيف.....القدرة على رفع 20 رطلاً بحد أقصى ورفع أو حمل ما يصل إلى 10 أرطال بصورة متكررة**، والقدرة على المشي أو الوقوف لمدة ست من أصل ثماني ساعات يوميًا، والقدرة على الجلوس واستخدام حركات الساقين أو الذراعين للدفع أو السحب معظم اليوم.

العمل الساكن.....القدرة على رفع 10 أرطال بحد أقصى ورفع أو حمل المواد خفيفة الوزن بصورة متكررة**. القدرة على المشي أو الوقوف فقط لفترات قصيرة.

العمل المحدود للغاية.... عدم القدرة على تلبية متطلبات العمل الساكن.

* تعني الطريقة المتوقعة المعتادة أن الشخص بإمكانه تحمل مستوى العمل خلال يوم عمل وأسبوع عمل عادي على أساس جاري ومناسب ومستقل.

** تعني "بصورة متكررة" أن الشخص بإمكانه أداء الوظيفة لمدة 2.5 إلى 6 ساعات من أصل 8 ساعات في اليوم. وليس من الضروري أن يكون الأداء مستمرًا.

المدة

كم المدة التي تقدر استمرار التقيد الحالي خلالها فيما يخص نشاطات العمل من خلال العلاج الطبي المتوفر؟

أشهر

إساءة استعمال المواد

هل القصور الحالية هي نتيجة رئيسية لمعاقرة المسكرات أو المخدرات خلال الستين (60) يومًا الماضية؟ نعم لا

هل من المتوقع أن يستمر المستوى الحالي للقصور بعد 60 يومًا من الرصانة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بلا، فكيف يمكن تغييرها؟

هل العلاج من الكحول / المخدرات مستحسنًا؟ نعم لا

و. الخطة

أدرج أي استشارات أو اختبارات إضافية لازمة:

ما العلاج المستحسن؟

إعادة هذا التقرير إلى:	الاسم بأحرف واضحة للمهني الذي يقوم بالفحص	تاريخ الفحص
	مجال التخصص/التدريب المتقدم	رقم الهاتف
توقيع العامل	التاريخ	عنوان الشارع
		المدينة
		الولاية
		الرقم البريدي
رقم الهاتف	المسمى الوظيفي/توقيع المهني الذي يقوم بالفحص	التاريخ
رقم الفاكس	مراجعة توقيع المهني واعتماده	التاريخ