

Фізичне функціональне оцінювання

- Оплата загального або комплексного фізичного оцінювання залежить від отримання нотаток до доступної таблиці за останні шість місяців, а також підтвердних доказів, зокрема результатів лабораторних досліджень, звітів про патологію, звітів про діагностичну візуалізацію та досліджень діапазону рухів. Вам потрібно бути зареєстрованими в ProviderOne, щоб отримати відшкодування за ці послуги.
- Оглядаючи цього пацієнта, оцініть усі захворювання, які можуть обмежувати його працездатність. Ви не обмежуєтесь оцінюванням лише наявних станів. **Вам не потрібно виконувати жодне спеціальне обстеження на функціональну здатність, щоб надати професійний медичний висновок у цій формі.**

Конфіденційність. На інформацію, яку ви надаєте, поширюється дія законів штату Washington про публічне розголошення і її можуть передавати клієнту на запит. DSHS розголошує наведену нижче інформацію лише за письмової згоди особи, якої вона стосується, або якщо це дозволено законодавством штату іншим чином.

А. Інформація про клієнта

ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА
------	-----------------	--------------------------------

В. Дозвіл на поширення інформації

Я даю згоду _____ на надання наведеної нижче інформації Department of
ІМ'Я СПЕЦІАЛІСТА, ЯКИЙ ПРОВІДИВ ОБСТЕЖЕННЯ

Social and Health Services (Департаменту соціальних і медичних послуг, DSHS). Таке поширення застосовується до вмісту цього оцінювання, а також до інформації про діагностичне обстеження або лікування психічних захворювань, вживання алкоголю чи наркотиків, серповидно-клітинної анемії та захворювань, що передаються статевим шляхом, включно з ВІЛ / СНІД (розділ 70.02 Revised Code of Washington (Переглянутого кодексу штату Washington, RCW)) (стаття 42 Кодексу федеральних правил (CFR), частина 2).

Цей дозвіл дійсний протягом одного року або до _____ (дата).

Я можу анулювати або відкликати цей дозвіл у письмовій формі в будь-який час.

Я розумію, що інформацію, надану DSHS, може бути повторно поширено лише за наявності мого дійсного дозволу або якщо цього вимагає закон.

ПІДПИС КЛІЄНТА	ДАТА
----------------	------

С. Предмет

Основні скарги та повідомлені симптоми:

Повідомлений початок первинного порушення: _____ (дата).

Опишіть усі історії лікування, включно з госпіталізацією:



D. Цілі

Додайте таблицю з детальним описом результатів обмеження.

Опишіть усі обмеження, не пов'язані з фізичними навантаженнями, або обмеження на робочому місці (наприклад, чутливість до хімічних речовин або нездатність працювати на висоті):

Укажіть усі результати лабораторних досліджень, МРТ, оцінювання діапазону рухів та інших діагностичних досліджень (додайте звіти):

E. Оцінювання

1. Укажіть усі діагнози в стовпчику 1 нижче, починаючи з основного порушення.

2. У стовпчику 3 нижче оцініть тяжкість діагнозу на основі вашого професійного медичного висновку, використовуючи такі визначення:

ОЦІНКА	ТЯЖКІСТЬ	ВИЗНАЧЕННЯ
1	Із жодним	Відсутність впливу на здатність виконувати одну або кілька основних видів діяльності, пов'язаних із роботою
2	Слабка	Відсутність суттєвого впливу на здатність виконувати одну або кілька основних видів діяльності, пов'язаних із роботою
3	Помірна	Суттєвий вплив на здатність виконувати одну або кілька основних видів діяльності, пов'язаних із роботою
4	Помітна	Дуже суттєвий вплив на здатність виконувати одну або декілька основних видів діяльності, пов'язаних із роботою
5	Серйозна	Нездатність виконувати одну або кілька основних видів діяльності, пов'язаних із роботою

Основна трудова діяльність містить (a) сидіння, (b) стояння, (c) ходьбу, (d) піднімання, (e) перенесення, (f) обробку, (g) штовхання, (h) тягання, (i) дотягування, (j) нахилання, (k) присідання, (l) спостереження, (m) слухання та (n) спілкування.

ДІАГНОЗ	ТРУДОВА ДІЯЛЬНІСТЬ, ЯКА ПІДДАЄТЬСЯ ВПЛИВУ (Див. пункти (a)–(n) вище)	ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ

На вашу професійну медичну думку, який рівень роботи клієнт здатний виконувати у звичайний* передбачуваний спосіб, незважаючи на свої порушення?

- Важка робота** Здатний піднімати максимум 100 фунтів і часто** піднімати або носити до 50 фунтів.
- Робота середньої важкості** Здатний піднімати максимум 50 фунтів і часто** піднімати та/або носити до 25 фунтів.
- Легка робота** Здатний піднімати максимум 20 фунтів і часто** піднімати або носити до 10 фунтів, здатний ходити або стояти шість із восьми годин на день і здатний сидіти та штовхати або тягнути руками чи ногами більшу частину дня.
- Сидяча робота** Здатний піднімати максимум 10 фунтів і часто** піднімати або переміщати легкі предмети. Здатний ходити або стояти лише протягом короткого періоду часу.
- Дуже обмежена** Не . відповідає вимогам до сидячої роботи.

* Звичайний передбачуваний спосіб означає, що особа здатна підтримувати належний рівень роботи протягом звичайного робочого дня та робочого тижня на постійній, відповідній і незалежній основі.

** Часто означає, що людина здатна виконувати функцію протягом 2,5–6 годин із 8-годинного дня. Не обов'язково, щоб продуктивність була постійною.

ТРИВАЛІСТЬ

Як довго, за вашими оцінками, зберігатиметься поточне обмеження на робочу діяльність за умови доступного медичного лікування?

ЗЛОВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Чи є вплив на основну трудову діяльність насамперед результатом розладу унаслідок вживання психоактивних речовин? Так Ні
Будь ласка, поясніть:

Чи збережеться вплив на основну трудову діяльність після 60 днів перебування у тверезому стані? Так Ні
Якщо ні, то як вона зміниться?

Чи рекомендується провести оцінювання хімічної залежності під час лікування зловживання психоактивними речовинами? Так

Ф. План

Укажіть усі необхідні додаткові обстеження чи консультації:

Яке лікування рекомендується?

ПОВЕРНУТИ ЦЕЙ ЗВІТ:	ІМ'Я СПЕЦІАЛІСТА, ЯКИЙ ПРОВІДИВ ОБСТЕЖЕННЯ (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)			ДАТА ОБСТЕЖЕННЯ	
	СПЕЦІАЛЬНІСТЬ / ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ			НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	
ПІДПИС ПРАЦІВНИКА	ДАТА	ВУЛИЦЯ	МІСТО	КРАЇНА	ПОШТОВИЙ КОД
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	ПІДПИС / ПОСАДА СПЕЦІАЛІСТА, ЯКИЙ ПРОВІДИВ ОБСТЕЖЕННЯ			ДАТА	
НОМЕР ФАКСУ	ПІДПИС СПЕЦІАЛІСТА, ЯКИЙ ПРОВІДИВ РОЗГЛЯД І ЗАТВЕРДЖЕННЯ			ДАТА	