

Форма для замеров антропометрических данных

ALREH
M E D I C A L

1. Фамилия имя отчество:

Екатерина Михайловна

2.: Адрес проживания:

Волгоград; Волгоградская область; 400074 Россия

Козловская ул. 15

3. телефон дом /моб /e-mail:

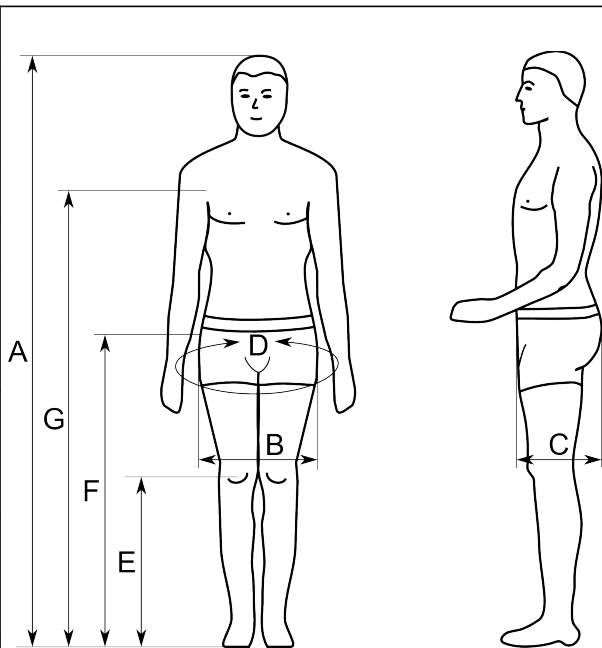
tel.: 8442 – 52 55 55; e-mail: ekaterina_michailowna@mail.ru

4. возраст: **18**

5. Пол: **муж \ жен**

6. Основные параметры тела:

W	Вес [кг]	50
A	высота [см]	165
B	ширина таза [см]	34
C	глубина таза [см]	20
D	окружности таза [см]	
E	Расстояние между основанием ступни и коленной чашечкой [см]	51
F	Расстояние между основанием ступни и уровнем поясницы [см.]	82
G	Расстояние между основанием ступни и подмышечной впадиной [см.]	130
	окружность грудной клетки [см]	
	Размер обуви	36



7. Диагноз по инвалидности (тетраплегия/ квадролегия)

Причина инвалидности:

Тетраплегия, перелом с3-с4

8. Количество лет проживания в инвалидной коляске: **1 год**

9. Способ и средства вертикализации, используемые сейчас:

до сих пор это не была в вертикальном положении

10. Информация о состоянии плечевого пояса, силе рук: слабая власть в своих руках; левая рука сильнее	
11. Информация о контрактурах и других деформациях тела: контрактуры суставов тазобедренного и коленного (прикрепить фото); приведение правой ноги (фото)	
12. Общая физическая подготовка: очень хорошее, хорошее, среднее, плохое.	
13. Место использовать стоячую кадр (пожалуйста, укажите площадь комнаты и основных барьеров): комната 25 м² без барьеров	
14. Есть ли возможность помощи при тренировке другого лица: да/ нет . Мама, физиотерапевт	
15. Рекомендованный модель параподиума (динамический, динамический на колесах, статический, с / без системой вертикализации): динамический параподиум без колес с системой вертикализации + ALREN подушка + RehaGym system + перчатки для рук	
16. Лицо, выполнившее замеры и его контактные данные: телефон:	
17. Дата проведения измерения / подписью лица, осуществляющего измерение:	5.01.2014.....
18. Подпись пользователя или опекуна:	<i>Михайловна Тамара - мать.</i>
ПРИМЕЧАНИЕ: Если у вас есть вопросы или любые проблемы, которые могут возникнуть во время заполнения этой карты, пожалуйста, свяжитесь с техническим отделом компании.	
ALREN Medical Sp. z o. o. ul. Złotno 135 94 – 315 Łódź tel. / fax. 00 48 42 634 22 14	
<div style="text-align: right;"> www.alreh.pl office@alreh.pl </div>	