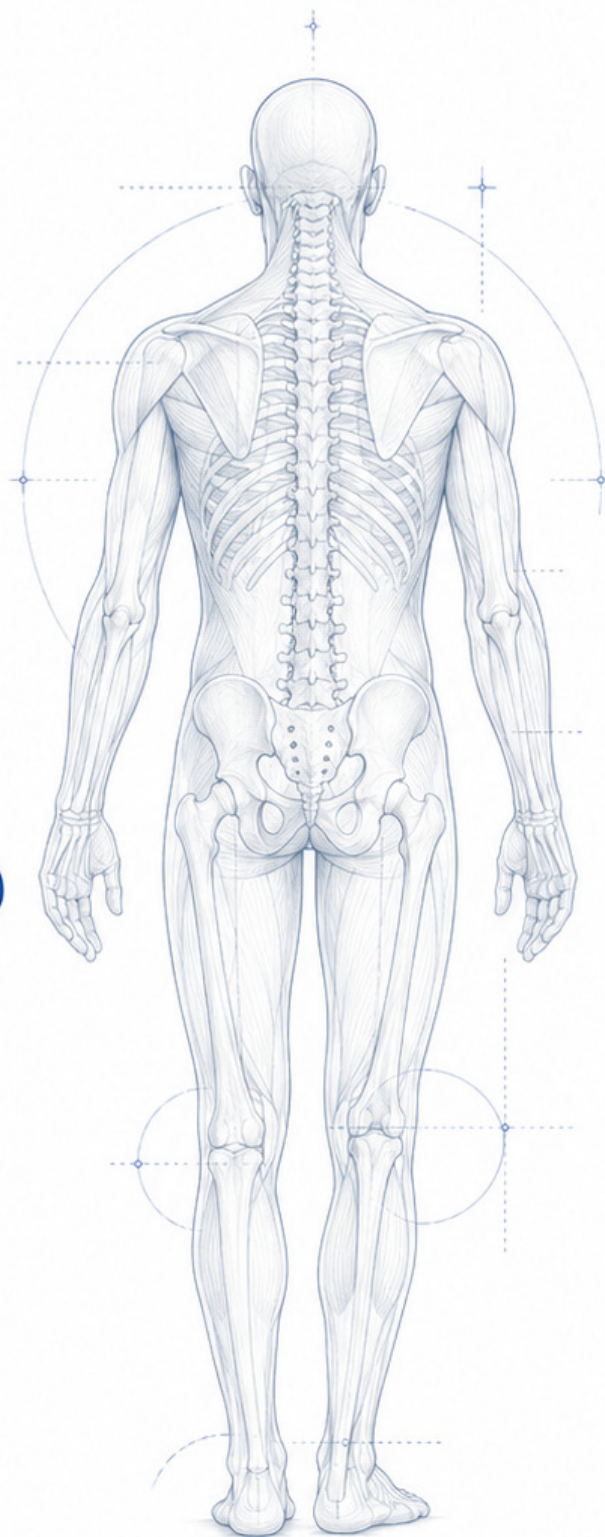


NARZĘDZIE KLINICZNE

Kompletna Karta Oceny Układu Mięśniowo- Szkieletowego



Praktyczne narzędzie do wywiadu,
screeningu bezpieczeństwa,
badania funkcjonalnego,
neurologicznego i regionalnego



Dla fizjoterapeutów,
studentów i praktyki klinicznej



WYWIAD
KLINICZNY



BADANIE
FUNKCJONALNE



OCENA
KRĘGOSŁUPA



KOŃCZYNA
GÓRNA



KOŃCZYNA
DOLNA



DOKUMENTACJA
I PLAN TERAPII

STRUKTURALNIE | KOMPLEKSOWO | PRAKTYCZNIE

Prawa autorskie i charakter materiału

Informacje ważne przed użyciem materiału



1. Prawa autorskie

Ten materiał jest chroniony prawem autorskim. Przeznaczony jest do osobistego użytku edukacyjnego lub kliniczno-organizacyjnego przez nabywcę. Zabrania się nieautoryzowanego rozpowszechniania, odsprzedaży, publicznego udostępniania oraz kopiowania w całości lub w większej skali.



2. Charakter materiału

Materiał stanowi praktyczne narzędzie wspierające ocenę i dokumentację układu mięśniowo-szkieletowego. Został zaprojektowany dla fizjoterapeutów oraz studentów.



3. Ważne zastrzeżenie

Materiał nie zastępuje indywidualnej oceny pacjenta, profesjonalnego osądu klinicznego, aktualnych wytycznych, diagnozy uprawnionego specjalisty ani właściwej konsultacji lub skierowania, gdy jest to konieczne.



4. Bezpieczeństwo

Objawy pilne, czerwone flagi, duże deficyty neurologiczne, podejrzenie złamania, infekcji, nowotworu, ciężkiej choroby zapalnej, objawy zespołu ogona końskiego lub inne istotne niepokoje wymagają odpowiedniego postępowania medycznego i skierowania.



5. Zakres zastosowania

Materiał może być wykorzystywany w praktyce klinicznej, podczas nauki, przygotowania do egzaminów oraz w dokumentacji kluczowych ustaleń.

Spis treści

Układ materiału — strony 00–49

- 00 | Okładka
- 01 | Prawa autorskie i informacja o charakterze materiału
- 02 | **Spis treści**
- 03 | Wprowadzenie i sposób korzystania z karty



MODUŁ 01 Wywiad kliniczny i bezpieczeństwo

- 04 | Podkładka modułu — Wywiad kliniczny i bezpieczeństwo
- 05 | Dane pacjenta i główny problem
- 06 | Historia obecnego problemu
- 07 | Charakterystyka objawów
- 08 | Czerwone flagi i wstępny screening bezpieczeństwa
- 09 | Wywiad medyczny, choroby współistniejące i leki
- 10 | Funkcja, aktywność i cele pacjenta



MODUŁ 02 Obserwacja i badanie funkcjonalne

- 11 | Podkładka modułu — Obserwacja i badanie funkcjonalne
- 12 | Obserwacja ogólna i postawa
- 13 | Chód, równowaga i podstawowa mobilność
- 14 | Ruchy funkcjonalne
- 15 | Zakres ruchu
- 16 | Ocena siły mięśniowej
- 17 | Objawy podczas ruchu i odpowiedź na obciążenie
- 18 | Palpacja i obserwacje tkanek



MODUŁ 03 Screening neurologiczny i kręgosłup

- 19 | Podkładka modułu — Screening neurologiczny i kręgosłup
- 20 | Szybki screening neurologiczny
- 21 | Odcinek szyjny kręgosłupa
- 22 | Odcinek piersiowy kręgosłupa
- 23 | Odcinek lędźwiowy kręgosłupa
- 24 | Miednica i okolica krzyżowo-biodrowa



MODUŁ 04 Kończyna górna

- 25 | Podkładka modułu — Kończyna górna
- 26 | Bark
- 27 | Łokieć
- 28 | Przedramię
- 29 | Nadgarstek
- 30 | Ręka i palce



MODUŁ 05 Kończyna dolna

- 31 | Podkładka modułu — Kończyna dolna
- 32 | Biodro
- 33 | Kolano
- 34 | Podudzie
- 35 | Staw skokowy
- 36 | Stopa i palce



MODUŁ 06 Testy kliniczne i pomiary

- 37 | Podkładka modułu — Testy kliniczne i pomiary
- 38 | Dobór testów klinicznych
- 39 | Pomiary zakresu ruchu
- 40 | Pomiary siły i funkcji
- 41 | Wyniki kwestionariuszy i skal



MODUŁ 07 Rozumowanie kliniczne

- 42 | Podkładka modułu — Rozumowanie kliniczne
- 43 | Lista problemów
- 44 | Hipotezy kliniczne i czynniki modyfikujące
- 45 | Interpretacja wyników badania



MODUŁ 08 Plan postępowania i dokumentacja

- 46 | Podkładka modułu — Plan postępowania i dokumentacja
- 47 | Cele terapii i plan postępowania
- 48 | Podsumowanie wizyty i monitorowanie zmian
- 49 | Kompletna karta podsumowująca / szybki zapis kliniczny

Wprowadzenie i sposób korzystania z karty

Jak pracować z materiałem krok po kroku



1. Cel karty

Karta wspiera uporządkowaną ocenę układu mięśniowo-szkieletowego – od wywiadu i screeningu bezpieczeństwa, przez badanie funkcjonalne, neurologiczne i regionalne, aż po interpretację, cele terapii oraz dokumentację kluczowych ustaleń.



2. Kiedy używać

- w pracy klinicznej podczas oceny pacjenta
- w trakcie nauki i utrwalania struktur oraz procesów oceny
- podczas przygotowania do badania pacjenta
- przy dokumentowaniu kluczowych ustaleń i planu postępowania



3. Jak wypełniać – krok po kroku

1. Uzupełnij dane podstawowe pacjenta.
2. Zapisz główną dolegliwość i jej przebieg.
3. Zaznacz czerwone flagi i wyniki screeningu bezpieczeństwa.
4. Obserwuj postawę, ruch i funkcję w sposób systematyczny.
5. Wybierz i wypełnij sekcje regionalne właściwe dla pacjenta.
6. Podsumuj kluczowe problemy i postaw hipotezy.
7. Określ cele terapii oraz kolejne kroki postępowania.



4. Oznaczenia i skróty

☐	Pole wyboru – zaznacz, jeśli dotyczy
_____	Linia – miejsce na krótki wpis / odpowiedź
NRS 0–10	Skala bólu od 0 (brak bólu) do 10 (najgorszy możliwy ból)
P / L	P – prawa strona | L – lewa strona
AROM / PROM	Aktywny / bierny zakres ruchu
+/- lub N / O	+ lub N – prawidłowe / w normie | – lub O – ograniczone / odchyłone od normy



5. Wskazówka praktyczna

Pisz zwięźle, konkretnie i klinicznie istotnie. Notuj tylko to, co wpływa na podejmowane decyzje. Unikaj skrótów niejednoznacznych i opisów ogólnych – wybieraj fakty, liczby i obserwacje.

Wywiad kliniczny i bezpieczeństwo

Początek oceny pacjenta: zebranie najważniejszych informacji, identyfikacja czynników ryzyka oraz wstępne uporządkowanie problemu klinicznego.



05

Dane pacjenta i główny problem



06

Historia obecnego problemu



07

Charakterystyka objawów



08

Czerwone flagi i wstępny screening bezpieczeństwa



09

Wywiad medyczny, choroby współistniejące i leki



10

Funkcja, aktywność i cele pacjenta



Dane pacjenta i główny problem

Informacje podstawowe i powód zgłoszenia

A. Dane podstawowe

 Imię i nazwisko: _____

 Telefon / e-mail: _____

 Data urodzenia / wiek: _____

 Osoba badająca: _____

 Data wizyty: _____

 Skierowanie / źródło zgłoszenia: _____

 Nr dokumentacji: _____

B. Powód wizyty

Główny problem / dolegliwość:

Lokalizacja objawów: _____

Strona: ☐ P (prawa) ☐ L (lewa) ☐ Obustronnie

Czas trwania objawów:

☐ < 1 tydzień ☐ 1–4 tygodnie ☐ 1–3 miesiące

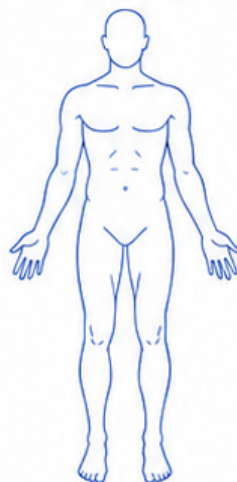
☐ 3–12 miesięcy ☐ > 12 miesięcy

Cel pacjenta własnymi słowami:

C. Mapa objawów

Zaznacz na schemacie miejsca bólu lub innych dolegliwości.

Przód (anterior)



Tył (posterior)



Legenda (przykładowa):

/// Ból tępy xxx Ból ostry ooo Mrowienie / drętwienie *** Inne

D. Priorytet pacjenta

Co jest dla Ciebie najważniejsze dziś?
(zaznacz maks. 2)

- ☐ Zmniejszenie bólu
☐ Poprawa funkcji
☐ Powrót do aktywności / sportu
☐ Zapobieganie nawrotom
☐ Inne _____

Jakie są Twoje oczekiwania wobec wizyty?
(zaznacz wszystkie, które pasują)

- ☐ Diagnoza problemu
☐ Plan leczenia / terapii
☐ Ćwiczenia do samodzielnego wykonywania
☐ Edukacja / wskazówki
☐ Inne _____

Twoje 1–3 największe obawy / pytania:
(wpisz)

1. _____
2. _____
3. _____

E. Krótka notatka kliniczna

Wstępne obserwacje, istotne informacje i kontekst:

Historia obecnego problemu

Przebieg, okoliczności i czynniki wpływające na objawy



A. Początek problemu

Sposób początku: ☐ nagły ☐ stopniowy

Data lub okres rozpoczęcia: ____ / ____ / ____

lub około: _____

Przyczyna według pacjenta:

☐ uraz ☐ przeciążenie ☐ bez wyraźnej przyczyny



B. Mechanizm i kontekst

Co się wydarzyło / opis zdarzenia:

Sytuacja wywołująca: _____

Aktywność związana z początkiem objawów: _____



C. Przebieg w czasie

Ogólny przebieg: ☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie ☐ nawrotowy przebieg

Poprzednie epizody: ☐ tak ☐ nie Jeśli tak, kiedy ostatni? _____ Jak często? _____

Opis wcześniejszych epizodów i ich wpływu na obecny problem: _____

Oś czasu (przebieg problemu)



D. Czynniki nasilające

Zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie:

- ☐ Ruchy: _____
- ☐ Pozycje: _____
- ☐ Czynności: _____
- ☐ Obciążenia / siły: _____
- ☐ Pora dnia: _____
- ☐ Inne: _____



E. Czynniki łagodzące

Zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie:

- ☐ Odpoczynek: _____
- ☐ Zmiana pozycji: _____
- ☐ Leki: _____
- ☐ Ciepło / zimno: _____
- ☐ Aktywność / ruch: _____
- ☐ Inne: _____



F. Dobowy wzorzec objawów



Rano

☐ lepiej ☐ gorzej ☐ bez zmian



W ciągu dnia

☐ lepiej ☐ gorzej ☐ bez zmian



Wieczór

☐ lepiej ☐ gorzej ☐ bez zmian



Noc

☐ lepiej ☐ gorzej ☐ bez zmian



G. Dotychczasowe postępowanie

Konsultacje (kto / kiedy): _____

Leczenie / leki: _____ Badania (jakie / kiedy): _____

Terapia / rehabilitacja (rodzaj / czas): _____

Efekty dotychczasowego postępowania: ☐ poprawa ☐ bez zmian ☐ pogorszenie Inne uwagi: _____



H. Miejsce na opis własny pacjenta

Charakterystyka objawów

Nasilenie, jakość, zachowanie i rozmieszczenie objawów

A. Rodzaj objawów

								
☐ ból	☐ sztywność	☐ drętwienie	☐ mrowienie	☐ osłabienie	☐ niestabilność	☐ obrzęk	☐ trzaski / przeskakiwanie	☐ inne

B. Charakter

							
☐ ostry	☐ tępy	☐ piekący	☐ kłujący	☐ pulsujący	☐ promieniujący	☐ ucisk	☐ inny

C. Nasilenie (NRS 0–10)

Zaznacz jedno pole dla każdej sytuacji.

0 = brak objawów

10 = najgorsze do wyobrażenia

W spoczynku	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Podczas ruchu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Podczas aktywności	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
Najgorszy moment	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10

D. Drażliwość objawów

Oceń typowe zachowanie objawów.

	Niska	Średnia	Wysoka
Szybko się pojawiają	☐	☐	☐
Długo się utrzymują	☐	☐	☐
Łatwo się uspokajają	☐	☐	☐

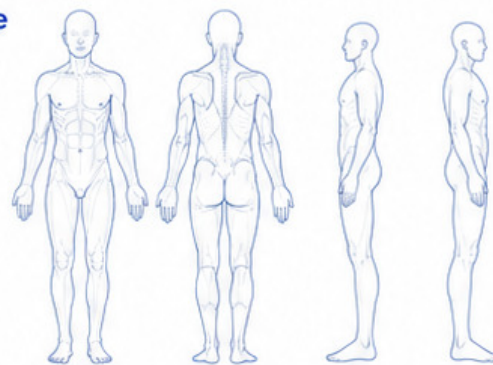
E. Rozmieszczenie

Typ rozmieszczenia

- ☐ lokalne
☐ rozlane
☐ promieniujące

Strona

- ☐ P (prawa)
☐ L (lewa)
☐ obustronnie



Zaznacz obszary występowania objawów na schemacie.

 główne miejsce  promieniowanie

F. Objawy nocne i poranne

Czy objawy budzą w nocy?

- ☐ tak ☐ nie ☐ czasami

Jeśli tak, jak często?

- ☐ rzadko (1–2×/mies.) ☐ czasami (1–2×/tydz.)
☐ często (≥3×/tydz.) ☐ bardzo często (prawie każdej nocy)

Czy występuje poranna sztywność?

- ☐ tak ☐ nie ☐ czasami

Jak długo trwa?

..... minut

Inne uwagi:

G. Inne obserwacje

Czerwone flagi i wstępny screening bezpieczeństwa

Sygnaly alarmowe i decyzja o dalszym postępowaniu

Poniższa lista pomaga zidentyfikować potencjalne sygnały alarmowe, które mogą wskazywać na poważne schorzenia wymagające pilnej diagnostyki lub pilnego skierowania.



1. Stan ogólny

- | | |
|--|--|
| ☐ Niewyjaśniona utrata masy ciała | ☐ Silne osłabienie |
| ☐ Gorączka | ☐ Złe samopoczucie ogólne |
| ☐ Dreszcze | |



2. Uraz / struktury kostne

- | | |
|---|--|
| ☐ Istotny uraz | ☐ Ból nieadekwatny do urazu |
| ☐ Podejrzanie złamania | |



3. Nowotwór / infekcja / stan zapalny

- | | |
|---|---|
| ☐ Wywiad onkologiczny | ☐ Nasiloną sztywność zapalną |
| ☐ Objawy infekcji | |
| ☐ Nocny ból niewyjaśniony zmianą pozycji | |



4. Neurologia pilna

- | | |
|---|---|
| ☐ Narastające osłabienie | ☐ Objawy mielopatii |
| ☐ Zaburzenia czucia | ☐ Objawy zespołu ogona końskiego |
| ☐ Zaburzenia chodu | |



5. Naczyniowe / inne poważne

- | | |
|--|--|
| ☐ Dusznosc | ☐ Objawy naczyniowe |
| ☐ Ból w klatce piersiowej | ☐ Inne niepokojące symptomy |



Czy wymagane jest pilne skierowanie?

☐ Tak

☐ Nie

Dalsze działanie:

.....



Uzasadnienie kliniczne:

.....

.....



Brak czerwonych flag nie wyklucza potrzeby dalszej diagnostyki klinicznej.

Wywiad medyczny, choroby współistniejące i leki

Informacje ogólne wpływające na ocenę i postępowanie

A. Dotychczasowy wywiad medyczny

Przebyte urazy: _____ Kiedy: _____

Operacje: _____ Kiedy: _____

Hospitalizacje: _____ Kiedy: _____

Wcześniejsze podobne problemy: _____ Kiedy: _____

B. Choroby współistniejące

	TAK	NIE	OKREŚLENIE / DODATKOWE INFORMACJE
Sercowo-naczyniowe	☐	☐	_____
Neurologiczne	☐	☐	_____
Reumatologiczne	☐	☐	_____
Metaboliczne (np. cukrzyca)	☐	☐	_____
Oddechowe	☐	☐	_____
Osteoporoza	☐	☐	_____
Nowotwory	☐	☐	_____
Inne	☐	☐	_____

C. Leki

RODZAJ LEKU	AKTUALNIE STOSOWANE	WPŁYW NA OBJAWY (jeśli dotyczy)
Leki przyjmowane obecnie (ogólnie)	☐	_____
Leki przeciwbólowe	☐	_____
Leki przeciwzapalne	☐	_____
Leki przeciwkrzepliwe	☐	_____
Steroidy (np. doustne, domięśniowe, wziewne)	☐	_____
Inne (proszę określić)	☐	_____

D. Alergie i przeciwwskazania

Alergie na leki: _____

Alergie na materiały (np. lateks, plastry): _____

Inne ważne uwagi / przeciwwskazania: _____

E. Badania i dokumentacja

	DATA / WYNIK / DOSTĘPNOŚĆ
☐ RTG	_____
☐ MRI	_____
☐ USG	_____
☐ TK	_____
☐ Badania laboratoryjne	_____
☐ Wypisy / opinie specjalistów	_____

F. Czynniki stylu życia

 Sen (jakość / ilość): _____

 Aktywność fizyczna: _____

 Praca (rodzaj / obciążenia): _____

 Stres (niski / umiarkowany / wysoki): _____

 Palenie tytoniu: _____

 Inne czynniki mogące wpływać na przebieg terapii: _____

G. Uwagi kliniczne

Funkcja, aktywność i cele pacjenta

Wpływ problemu na codzienne funkcjonowanie i oczekiwane rezultaty terapii



A. Codzienne funkcjonowanie

- ☐ Chodzenie _____
- ☐ Schody _____
- ☐ Siedzenie _____
- ☐ Stanie _____
- ☐ Zmiana pozycji _____
- ☐ Sen _____
- ☐ Samoobsługa (np. ubieranie, mycie) _____
- ☐ Dźwiganie / noszenie _____



B. Praca / nauka

Rodzaj obowiązków: _____

Obciążenia (fizyczne / psychiczne): _____

Ograniczenia w pracy / nauce: _____

Absencja (dni / tygodnie): _____



C. Aktywność fizyczna i sport

Poziom aktywności przed problemem: _____

Poziom aktywności obecnie: _____

Ograniczone czynności / dyscypliny: _____

Planowany powrót do aktywności / sportu: _____



D. Uczestnictwo

☐ Życie rodzinne _____

☐ Obowiązki domowe _____

☐ Hobby _____

☐ Aktywność społeczna _____

☐ Prowadzenie auta _____



E. Priorytetowe cele pacjenta

1. _____

2. _____

3. _____

KRÓTKI TERMIN
(do 6 tygodni)

DŁUŻSZY TERMIN
(3–6 miesięcy)



F. Skala funkcji własnej pacjenta (0–10)

Oceń swoją zdolność do wykonania poniższych czynności w ostatnim tygodniu.

0 = brak możliwości

10 = pełna możliwości

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Najważniejsza czynność 1 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Najważniejsza czynność 2 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Najważniejsza czynność 3 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



G. Uwagi kliniczne

Obserwacja i badanie funkcjonalne

Systematyczna obserwacja postawy, ruchu i podstawowych zadań funkcjonalnych wspierająca wstępne wnioskowanie kliniczne.



12

Obserwacja ogólna i postawa



13

Chód, równowaga i podstawowa mobilność



14

Ruchy funkcjonalne



15

Zakres ruchu



16

Ocena siły mięśniowej



17

Objawy podczas ruchu i odpowiedź na obciążenie



18

Palpacja i obserwacje tkanek



Obserwacja ogólna i postawa

Obserwacja statyczna, wygląd ogólny i ustawienie ciała

A. Obserwacja ogólna

-  Zachowanie: _____
-  Kontakt: _____
-  Swoboda ruchu: _____
-  Pozycja przeciwbólowa: _____
-  Używane zaopatrzenie /
ortozy / kule: _____

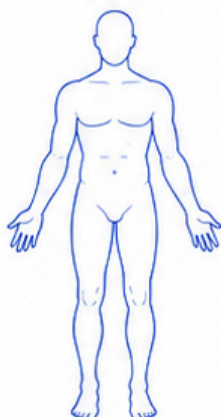
B. Postawa stojąca

Element	Prawidłowa	Nieprawidłowa	Trudna do oceny	Uwagi
Głowa i szyja	☐	☐	☐	_____
Barki	☐	☐	☐	_____
Łopatki	☐	☐	☐	_____
Kręgosłup piersiowy	☐	☐	☐	_____
Odcinek lędźwiowy	☐	☐	☐	_____
Miednica	☐	☐	☐	_____
Kolana	☐	☐	☐	_____
Stopy	☐	☐	☐	_____

C. Asymetrie i ustawienie segmentów

Zaznacz na schematach obszary nieprawidłowości, asymetrii lub odchyień.

Przód (anterior)



Bok (lateralny)



Tył (posteriorny)



Legenda (przykładowa): /// Ból / napięcie xxx Asymetria ooo Hipomobilność / ograniczenie *** Inne (opis w uwagach)

D. Widoczne cechy tkanek

- ☐ Obrzęk _____
- ☐ Zanik mięśni: _____
- ☐ Zaczzerwienienie _____
- ☐ Blizny _____
- ☐ Deformacja _____
- ☐ Napięcie ochronne _____
- ☐ Inne (opisz): _____

E. Postawa siedząca

- Sposób siedzenia: _____
- Ustawienie kręgosłupa: _____
- Ustawienie miednicy: _____
- Pozycja kończyn dolnych: _____
- Uwagi: _____

F. Wstępne uwagi kliniczne

Wstępne obserwacje, wnioski i kontekst kliniczny:

Chód, równowaga i podstawowa mobilność

Ocena przemieszczania się i podstawowych zadań ruchowych



A. Chód



Wzorzec chodu:

- ☐ prawidłowy
- ☐ antalgiczny
- ☐ chwiejący
- ☐ szerokobazowy
- ☐ młotkujący
- ☐ inny: _____



Długość kroku:

- ☐ krótka
- ☐ prawidłowa
- ☐ wydłużona
- ☐ niestabilna
- ☐ inny: _____



Tempo:

- ☐ wolne
- ☐ prawidłowe
- ☐ przyspieszone
- ☐ zmienne
- ☐ inne: _____



Symetria:

- ☐ symetryczna
- ☐ niesymetryczna

Uwagi: _____



Faza podporu:

- ☐ prawidłowa
- ☐ skrócona
- ☐ wydłużona
- ☐ niepewna

Uwagi: _____



Faza przenoszenia:

- ☐ prawidłowa
- ☐ utrudniona
- ☐ niestabilna
- ☐ niepełna

Uwagi: _____



Użycie pomocy:

- ☐ brak
- ☐ laska
- ☐ kule
- ☐ chodzik
- ☐ inne: _____

Uwagi dodatkowe: _____



B. Równowaga

Zadanie

Wynik / Ocena

Uwagi



Stanie obunóż

- ☐ prawidłowe
- ☐ chwiejne
- ☐ niestabilne
- ☐ niemożliwe



Stanie jednonóż

- ☐ prawidłowe
- ☐ chwiejne
- ☐ niestabilne
- ☐ niemożliwe



Tandem (półtandem / pełny tandem)

- ☐ prawidłowe
- ☐ chwiejne
- ☐ niestabilne
- ☐ niemożliwe



Reakcje równoważne

- ☐ prawidłowe
- ☐ opóźnione
- ☐ niedostateczne
- ☐ nieobecne



C. Podstawowa mobilność

Wynik / Ocena

Uwagi



Wstawanie z krzesła (sit-to-stand)

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



Obrót (180°)

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



Schylanie się

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



Wstawanie z leżenia

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



Siadanie

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



Wchodzenie po schodach

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



Schodzenie po schodach

- ☐ niezależnie
- ☐ z wysiłkiem
- ☐ z pomocą
- ☐ niemożliwe



D. Bezpieczeństwo i tolerancja

Ból podczas aktywności:

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi: _____

Zawroty głowy:

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi: _____

Niepewność / lęk:

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi: _____

Duszność:

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi: _____

Zmęczenie:

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi: _____

Potrzeba asekuracji:

- ☐ nie
- ☐ czasami
- ☐ tak

Uwagi: _____



E. Najważniejsze obserwacje

Ruchy funkcjonalne

Ocena jakości ruchu, kompensacji i prowokacji objawów

A. Wybrane zadania

Zaznacz zadania wykonane podczas oceny.



Wykonano



Nie dotyczy



1. Przysiad _____



2. Przysiad jednonóż / wykrok _____



3. Skłon _____



4. Wyprost _____



5. Rotacja tułowia _____



6. Sięganie nad głowę _____



7. Sięganie w dół _____



8. Wejście na stopień _____



9. Wstawanie z krzesła _____



B. Jakość ruchu

Oceń jakość ruchu w wykonanych zadaniach.

Zadanie	Zakres ruchu (ograniczony / pełny)	Płynność (niepłynny / płynny)	Kontrola (niska / dobra)	Kompensacje (brak / obecne)	Uwagi
1.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
2.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
3.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
4.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
5.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
6.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
7.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
8.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	
9.	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	☐ / ☐	

C. Objawy podczas zadania

Oceń występowanie objawów w trakcie wykonywania zadań.

Zadanie	☒ Brak objawów	Ból	Sztywność	Niestabilność	Inne	Uwagi
1.	☐	☐	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	☐	☐	
5.	☐	☐	☐	☐	☐	
6.	☐	☐	☐	☐	☐	
7.	☐	☐	☐	☐	☐	
8.	☐	☐	☐	☐	☐	
9.	☐	☐	☐	☐	☐	

D. Wydolność zadaniowa

Oceń zdolność do utrzymania zadania.



Liczba powtórzeń

(ile wykonano)



Czas

(minuty / sekundy)



Przerwanie
z powodu objawów

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, na jakim etapie?

E. Najbardziej ograniczające zadania

Zaznacz i opisz 1–3 zadania, które najbardziej ograniczają pacjenta.

- _____
- _____
- _____

Uzasadnienie / dodatkowe uwagi:

Zakres ruchu

Ocena aktywnego i biernego ruchu oraz jakości końcowego zakresu

A. Screening ogólny

Ogólna ocena zakresu ruchu w badanym obszarze:

Uwagi:

☐ bez ograniczeń ☐ ograniczony ☐ bolesny ☐ asymetryczny

B. AROM / PROM

Struktura	P AROM (aktywny)	L AROM (aktywny)	P PROM (bierny)	L PROM (bierny)	Objawy / uwagi
 Szyja					
 Bark					
 Łokieć					
 Nadgarstek					
 Kręgosłup piersiowy					
 Kręgosłup lędźwiowy					
 Biodro					
 Kolano					
 Staw skokowy					

C. Jakość końcowego zakresu

Dominująca jakość końcowego odczucia w badanym obszarze:

- ☐ capsularny (stawowy)
- ☐ mięśniowy (mięśniowy)
- ☐ twardy (kostny)
- ☐ pusty (bez wyraźnego oporu)
- ☐ sprężysty (odczucie sprężystości)
- ☐ inny

D. Wzorzec objawów

 Ból końcowy	☐ tak ☐ nie	Lokalizacja / uwagi:
 Ból w całym zakresie	☐ tak ☐ nie	Lokalizacja / uwagi:
 Ograniczenie bez bólu	☐ tak ☐ nie	Uwagi:
 Reprodukacja dolegliwości	☐ tak ☐ nie	Jakie dolegliwości:

E. Priorytetowe ograniczenia

Wymień i opisz najważniejsze ograniczenia zakresu ruchu wymagające dalszej interwencji:

.....

.....

.....

Ocena siły mięśniowej

Testy manualne, funkcjonalne i porównanie stron

A. Szybki przegląd siły

Ogólna ocena (na podstawie badania manualnego i funkcjonalnego):

☐ prawidłowa ☐ osłabiona ☐ ból ogranicza test ☐ nie badano

Komentarz ogólny:

B. MMT / siła

0 = brak skurczu 1 = śladowy 2 = słaby 3 = dostateczny 4 = dobry 5 = prawidłowy

Obszar / grupa mięśniowa	P (prawa)	L (lewa)	Ból*	Uwagi
Zginacze / prostowniki szyi			☐ tak ☐ nie	
Odwodziciele barku			☐ tak ☐ nie	
Rotatory barku (zewn. / wewn.)			☐ tak ☐ nie	
Zginacze łokcia			☐ tak ☐ nie	
Prostowniki nadgarstka			☐ tak ☐ nie	
Prostowniki tułowia			☐ tak ☐ nie	
Odwodziciele biodra			☐ tak ☐ nie	
Prostowniki kolana			☐ tak ☐ nie	
Zginacze kolana			☐ tak ☐ nie	
Zginacze grzbietowe stopy			☐ tak ☐ nie	

* Czy ból wystąpił podczas testu (ograniczył siłę lub możliwość rzetelnej oceny).

C. Siła funkcjonalna

Czynność funkcjonalna	P (prawa)	L (lewa)	Uwagi
Wspięcie na palce			
Przysiad			
Wstawanie z krzesła			
Chwyt / ścisk dłoni			
Utrzymanie pozycji (statyczna kontrola)			

Skala funkcjonalna: 0 = brak możliwości 1 = znacznie ograniczona
2 = umiarkowanie ograniczona 3 = prawidłowa

D. Zmęczenie i kontrola

Szybkość męczenia się:

☐ szybka ☐ umiarkowana ☐ wolna ☐ nie dotyczy

Drżenie (tremor):

☐ brak ☐ obecne ☐ nieoceniające

Jeśli obecne, lokalizacja / opis:

Kompensacje podczas testów:

☐ brak ☐ obecne ☐ nieoceniające

Jeśli obecne, opis:

E. Wnioski

Podsumowanie wyników, porównanie stron i zalecenia:

Objawy podczas ruchu i odpowiedź na obciążenie

Zachowanie objawów w trakcie testów, aktywności i po obciążeniu

A. Przed / w trakcie / po ruchu

Objaw	przed	w trakcie	po	po ilu min. ustępuje
 ból	☐	☐	☐	_____ min
 sztywność	☐	☐	☐	_____ min
 drętwienie	☐	☐	☐	_____ min
 niestabilność	☐	☐	☐	_____ min
 zmęczenie	☐	☐	☐	_____ min

B. Powtarzalne ruchy / obciążenie

Rodzaj testu / aktywności	Liczba powtórzeń / czas trwania	Efekt na objawy (w trakcie)	Efekt po przerwie (po ilu min.)
_____	_____	_____	_____ min
_____	_____	_____	_____ min
_____	_____	_____	_____ min
_____	_____	_____	_____ min

C. Drażliwość i tolerancja

Poziom drażliwości objawów: ☐ niska ☐ umiarkowana ☐ wysoka

Tolerancja na obciążenie: ☐ niska ☐ umiarkowana ☐ wysoka

Zmęczenie po obciążeniu: ☐ niska ☐ umiarkowana ☐ wysoka

Próg prowokacji objawów: _____

Czas regeneracji: _____

Czas do powrotu do normy: _____

D. Co nasila / co zmniejsza po obciążeniu

↑ Czynniki nasilające objawy po obciążeniu

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

↓ Czynniki zmniejszające objawy po obciążeniu

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

E. Wnioski kliniczne

Podsumowanie zachowania objawów i odpowiedzi na obciążenie:

Palpacja i obserwacje tkanek

Ocena tklivości, napięcia, jakości tkanek i reakcji miejscowej



A. Obszar badany

Zaznacz obszar ciała:

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| ☐ Szyja | ☐ Przedramię | ☐ Kręgosłup lędźwiowy | ☐ Podudzie |
| ☐ Bark / obręcz barkowa | ☐ Nadgarstek / dłoń | ☐ Miednica / biodro | ☐ Staw skokowy |
| ☐ Ramię | ☐ Kręgosłup szyjny | ☐ Udo | ☐ Stopa |
| ☐ Łokieć | ☐ Kręgosłup piersiowy | ☐ Kolano | ☐ Inny: _____ |

Strona: ☐ P (prawa) ☐ L (lewa) ☐ Obustronnie

Lokalizacja (dokładnie):



B. Tklivość palpacyjna

Intensywność tklivości (NRS 0–10)

0 = brak tklivości

10 = najgorsza tklivość

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tklivość punktowa: _____

Tklivość rozlana: _____

Tklivość promieniująca: _____



C. Jakość tkanek

	Prawidłowa	Zmieniona	Wyraźnie zmieniona	Uwagi
Napięcie mięśniowe	☐	☐	☐	_____
Obrzęk	☐	☐	☐	_____
Temperatura	☐	☐	☐	_____
Zgrubienie	☐	☐	☐	_____
Blizna	☐	☐	☐	_____
Tkanka podskórna	☐	☐	☐	_____
Przesuwalność tkanek	☐	☐	☐	_____



D. Struktury szczególnie wrażliwe

	Obecna tklivość	Brak tklivości	Uwagi / lokalizacja
Mięśnie	☐	☐	_____
Ścięgna	☐	☐	_____
Więzadła	☐	☐	_____
Staw / torebka	☐	☐	_____
Powięź	☐	☐	_____
Nerwy obwodowe	☐	☐	_____



E. Reakcja po palpacji

Opisz reakcję pacjenta:

Bez zmian: ☐ Tak ☐ Nie Uwagi: _____

Reprodukcja objawów: ☐ Tak ☐ Nie Uwagi: _____

Ułga po palpacji: ☐ Tak ☐ Nie Uwagi: _____

Zwiększona tklivość: ☐ Tak ☐ Nie Uwagi: _____

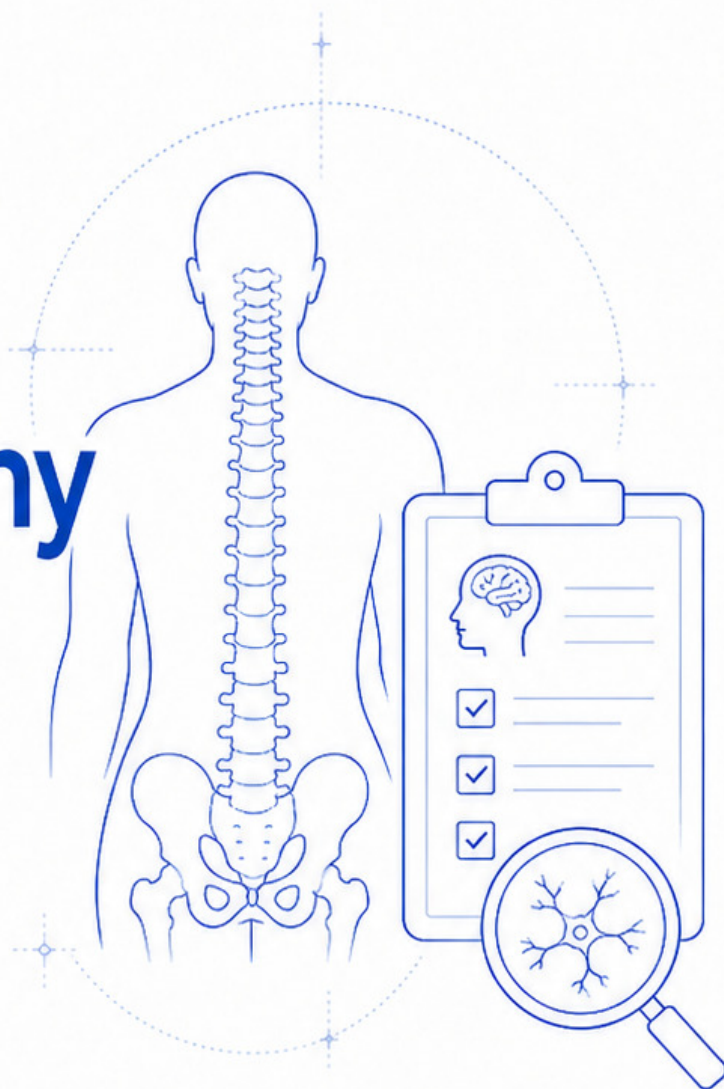


F. Uwagi kliniczne

Dodatkowe obserwacje, wnioski i zalecenia dotyczące dalszej oceny lub terapii:

Screening neurologiczny i kręgosłup

Uporządkowany przegląd objawów neurologicznych oraz badania odcinków kręgosłupa i miednicy.



20

Szybki screening neurologiczny



21

Odcinek szyjny kręgosłupa



22

Odcinek piersiowy kręgosłupa



23

Odcinek lędźwiowy kręgosłupa



24

Miednica i okolica krzyżowo-biodrowa





Szybki screening neurologiczny

Krótką oceną czucia, siły, odruchów i objawów alarmowych



A. Objawy neurologiczne

- | | |
|---|---|
| ☐ Drgnięcie | ☐ Zaburzenia chodu |
| ☐ Mrowienie | ☐ Objawy obustronne |
| ☐ Osłabienie | ☐ Objawy postępujące |
| ☐ Pieczenie | ☐ Inne |
| ☐ Zaburzenia koordynacji | |



OBJAWY ALARMOWE

Zaznacz, jeśli występują:

- ☐ Niedowład postępujący
- ☐ Utrata czucia w okolicy kroczu (siodłowej)
- ☐ Zatrzymanie moczu / nietrzymanie moczu
- ☐ Zatrzymanie stolca / nietrzymanie stolca
- ☐ Silny ból nocny nieustępujący w spoczynku
- ☐ Gorączka, dreszcze, utrata masy ciała
- ☐ Nowotwór w wywiadzie
- ☐ Po urazie z deficytem neurologicznym

**Jśli zaznaczono którekolwiek powyższe –
rozważ PILNE SKIEROWANIE.**



B. Czucie powierzchowne

Strona		Obszar	Prawidłowe	Zmienione	Nie badano	Uwagi
P	L					
☐	☐	C5	☐	☐	☐	
☐	☐	C6	☐	☐	☐	
☐	☐		☐	☐	☐	
☐	☐		☐	☐	☐	
T1	☐		☐	☐	☐	
L2	☐		☐	☐	☐	
L3	☐		☐	☐	☐	
L4	☐		☐	☐	☐	
L5	☐		☐	☐	☐	
S1	S1		☐	☐	☐	



C. Siła orientacyjna

Ruch / mięsień (funkcja)	P	L	Ból	Uwagi
Odwiedzenie barku (m. naramienny)	☐	☐	☐	
Zgięcie łokcia (m. dwugłowy ramienia)	☐	☐	☐	
Wyprost nadgarstka (m. prostownik promieniowy)	☐	☐	☐	
Wyprost łokcia (m. trójąłowy ramienia)	☐	☐	☐	
Chwyt dłoni (m. zginacze palców)	☐	☐	☐	
Zgięcie biodra (m. biodrowo-lędźwiowy)	☐	☐	☐	
Wyprost kolana (m. czworogłowy uda)	☐	☐	☐	
Zgięcie grzbietowe stopy (m. piszczelowy przedni)	☐	☐	☐	
Wyprost palucha (m. prostownik długi palucha)	☐	☐	☐	
Wspięcie na palce (m. trójąłowy łydki)	☐	☐	☐	



D. Odruchy

Odruch	P	L	Obecny	Osłabiony	Wzmoczony	Brak
Bicepsowy (C5–C6)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tricepsowy (C7–C8)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Brachioradialis (C5–C6)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kolanowy (L3–L4)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skokowy (S1–S2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐



E. Testy dodatkowe

- ☐ Napięcie nerwowe (SLR / Lasegue, testy kończyn górnych):
- ☐ Objawy korzeniowe (ból promieniujący, objawy korzeniowe):
- ☐ Objawy oponowe (sztywność karku, Kerniga, Brudzńskiego):
- ☐ Objawy piramidowe (Babinskiego, clonus, spastyczność):
- ☐ Objawy ogona końskiego (czucie siodłowe, funkcje zwieraczy):
- ☐ Inne obserwacje:



F. Wnioski i decyzja

Czy screening prawidłowy?

☐ Tak ☐ Nie

Wymaga dalszej diagnostyki?

☐ Tak ☐ Nie

Pilne skierowanie?

☐ Tak ☐ Nie

Uzasadnienie kliniczne:

.....

.....

Odcinek szyjny kręgosłupa

Objawy, zakres ruchu, testy prowokacyjne i wnioski kliniczne

A. Główne dolegliwości szyjne

Lokalizacja objawów



Promieniowanie



Strona

- ☐ Lewostronne
- ☐ Prawostronne
- ☐ Obustronne
- ☐ Przemienne (zmienne)
- ☐ Brak

Czas trwania

Początek: _____
Czas trwania: _____
Charakter przebiegu: _____

B. Zakres ruchu szyi

Ruch	Aktywny zakres (°)	Objawy końcowe (ból / promieniowanie / inne)	Jakość ruchu (gładkość / kontrola / ograniczenia)
Zgięcie			
Wyprost			
Rotacja w prawo (P)			
Rotacja w lewo (L)			
Zgięcie boczne w prawo (P)			
Zgięcie boczne w lewo (L)			

C. Objawy towarzyszące

- ☐ Ból głowy (okolice potylicznej / skroniowej) _____
- ☐ Zawroty głowy / uczucie niestabilności _____
- ☐ Parestezje (mrowienie / drętwienie) _____
- ☐ Objawy kończyny górnej (ból / osłabienie) _____
- ☐ Sztywność poranna _____
- ☐ Inne: _____

D. Testy kliniczne

- ☐ Kompresja szyjna (osiowa) Dodatni / Ujemny / Nie dotyczy Uwagi: _____
- ☐ Trakcja szyjna Dodatni / Ujemny / Nie dotyczy Uwagi: _____
- ☐ Test Spurlinga Dodatni / Ujemny / Nie dotyczy Uwagi: _____
- ☐ ULNT (neurodynamiczny) Dodatni / Ujemny / Nie dotyczy Uwagi: _____
- ☐ Test rotacji szyjnej Dodatni / Ujemny / Nie dotyczy Uwagi: _____
- ☐ Test stabilności szyjnej Dodatni / Ujemny / Nie dotyczy Uwagi: _____
- ☐ Inne: _____

E. Palpacja i segmenty

Obszary tkliwości / nadreaktywności

- ☐ Okolica podpotyliczna _____
- ☐ Segment C0–C2 _____
- ☐ Środkowy odcinek szyjny (C3–C5) _____
- ☐ Dolny odcinek szyjny (C6–C7) _____
- ☐ Mięśnie przykręgosłupowe _____
- ☐ Obręcz barkowa (mm. czworoboczny, dźwigacz łopatki, in.) _____
- ☐ Inne: _____

F. Odpowiedź na ruch i obciążenie

W odpowiedzi na ruchy / obciążenia objawy:

- ☐ Nasilają się tak / nie Uwagi: _____
- ☐ Zmniejszają się tak / nie Uwagi: _____
- ☐ Centralizują tak / nie Uwagi: _____
- ☐ Promieniają tak / nie Uwagi: _____
- ☐ Brak zmian / nie dotyczy Uwagi: _____

G. Wstępna interpretacja

Dominujący wzorzec / kierunek zaburzenia: _____
Hipoteza kliniczna: _____
Dalsze kroki / zalecane działania: _____

Odcinek piersiowy kręgosłupa

Postawa, oddychanie, ruchomość i objawy miejscowe



A. Wywiad regionalny

Ból miejscowy (lokalizacja, charakter, nasilenie):

.....

Objawy opasujące / promieniujące (okolice żeber, klatki piersiowej):

.....

Wpływ oddychania (głęboki wdech / wydech):

.....

Wpływ kaszlu / kichania:

.....

Wpływ pozycji (siedzenie, stanie, leżenie, rotacje):

.....

Inne istotne informacje:

.....



B. Obserwacja i postawa

Parametr	Prawidłowa	Nieprawidłowa	Uwagi
Kifoza piersiowa	☐	☐	
Ustawienie żeber	☐	☐	
Symetria łopatek	☐	☐	
Wzorzec oddechowy	☐	☐	

Uwagi ogólne:

.....

.....

.....



C. Zakres ruchu

Ruch	Zakres (°)	Jakość ruchu (płynny / ograniczony / sztywny / kompensacje)	Objawy (ból / ciągnięcie / inne)
Wyprost			
Zgięcie			
Rotacja w prawo			
Rotacja w lewo			
Skłon boczny w prawo			
Skłon boczny w lewo			



D. Ruchomość klatki piersiowej i żeber

Element	Prawidłowa	Ograniczona	Bolesna	Uwagi
Ruch górnej klatki piersiowej	☐	☐	☐	
Ruch dolnej klatki piersiowej	☐	☐	☐	
Ruch żeber podczas oddechu	☐	☐	☐	
Bolesność mostka / spojen	☐	☐	☐	
Wpływ głębokiego wdechu	☐	☐	☐	

Uwagi:

.....

.....



E. Testy prowokacyjne / funkcjonalne

Test / Zadanie	Dodatni	Ujemny	Uwagi
Rotacja w siadzie	☐	☐	
Wyprost w siadzie	☐	☐	
Ruch łopatek (unoszenie, retrakcja)	☐	☐	
Test ścienny (wall slide)	☐	☐	
Inne (opisz):	☐	☐	



F. Palpacja

Struktura	Bez bolesności	Bolesna	Napięcie / tkiliwość	Uwagi
Wystoski kolczyste Th1–Th12	☐	☐	☐	
Stawy żebrowo-kręgowe	☐	☐	☐	
Mięśnie przykręgosłupowe	☐	☐	☐	
Mięśnie międzyżebrowe	☐	☐	☐	

Uwagi:

.....



G. Notatka kliniczna

Wnioski / obraz kliniczny:

.....

Czynniki nasilające / ułatwiające:

.....

Potrzeba dalszej oceny / badania dodatkowe:

.....

Plan postępowania / zalecenia wstępne:

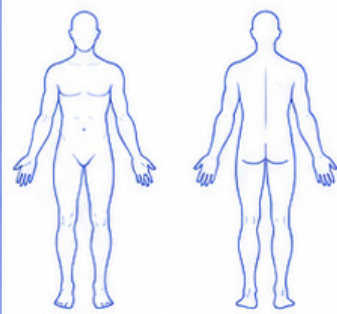
.....

Odcinek lędźwiowy kręgosłupa

Ruch, objawy promieniujące, tolerancja obciążenia i testy regionalne

A. Główne objawy lędźwiowe

Lokalizacja bólu (zaznacz na schemacie):



Promieniowanie do kończyny dolnej:

Prawa

- ☐ Pośladek
- ☐ Udo tylne
- ☐ Udo boczne
- ☐ Udo przednie
- ☐ Podudzie
- ☐ Stopa

Inne: _____

Lewa

- ☐ Pośladek
- ☐ Udo tylne
- ☐ Udo boczne
- ☐ Udo przednie
- ☐ Podudzie
- ☐ Stopa

Inne: _____

Strona dominująca objawów:

- ☐ Prawa
- ☐ Lewa
- ☐ Obustronnie
- ☐ Brak promieniowania

Objawy poranne:

Objawy nocne:

B. Obserwacja i ustawienie

Lordoza lędźwiowa: ☐ Zwiększona ☐ Prawidłowa ☐ Spłaszczona

Przesunięcie boczne: ☐ Brak ☐ W prawo ☐ W lewo

Ustawienie miednicy: ☐ Pozioma ☐ Uniesiona P ☐ Uniesiona L
☐ Pochylona przód ☐ Pochylona tył

Strategia ruchowa: ☐ Strategia sztywna ☐ Strategia mieszana
☐ Strategia płynna

Uwagi: _____

C. Zakres ruchu

Ruch	Zakres (° / cm)	Jakość ruchu Dobra / Ograniczona / Zmieniona	Ból końcowy tak / nie	Centralizacja / Peryferyalizacja
Zgięcie	_____	☐ ☐ ☐	☐ tak ☐ nie	C / P / Brak
Wyprost	_____	☐ ☐ ☐	☐ tak ☐ nie	C / P / Brak
Sklon boczny P	_____	☐ ☐ ☐	☐ tak ☐ nie	C / P / Brak
Sklon boczny L	_____	☐ ☐ ☐	☐ tak ☐ nie	C / P / Brak
Rotacja P	_____	☐ ☐ ☐	☐ tak ☐ nie	C / P / Brak
Rotacja L	_____	☐ ☐ ☐	☐ tak ☐ nie	C / P / Brak

D. Testy funkcjonalne

Test	Wykonanie / wymik	Ból (0-10)	Uwagi
Przysiad	_____	_____	_____
Siad-wstawanie	_____	_____	_____
Sklon do przodu	_____	_____	_____
Marsz (10-20 m)	_____	_____	_____
Stanie na jednej nodze	_____	_____	_____

E. Testy regionalne

Test	Wynik	Ból (0-10)	Uwagi
SLR (unoszenie prostej nogi)	☐ Pozytywny ☐ Negatywny	_____	_____
Slump test	☐ Pozytywny ☐ Negatywny	_____	_____
Test wyprostu (lędźwiowy)	☐ Pozytywny ☐ Negatywny	_____	_____
Ruchy powtarzane	☐ Lepsze ☐ Gorsze ☐ Brak zmian	_____	_____
Palpacja segmentalna	☐ Drażliwy ☐ Niedrażliwy	_____	_____
Objawy neurologiczne	☐ Obecne ☐ Brak	_____	_____

F. Tolerancja obciążenia

Aktywność	Tolerancja Dobra / Umiarkowana / Zła	Ból (0-10)	Objawy po aktywności	Czas do nasilenia	Uwagi
Siedzenie	☐ ☐ ☐ ☐	_____	_____	_____	_____
Stanie	☐ ☐ ☐ ☐	_____	_____	_____	_____
Chodzenie	☐ ☐ ☐ ☐	_____	_____	_____	_____
Podnoszenie / dźwiganie	☐ ☐ ☐ ☐	_____	_____	_____	_____
Zmiana pozycji	☐ ☐ ☐ ☐	_____	_____	_____	_____

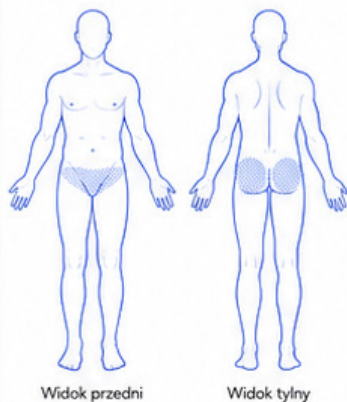
G. Wnioski kliniczne

Główny wzorec ograniczeń / zaburzeń (main impairment pattern):	Najbardziej drażliwe ruchy / obciążenia: 1. 2. 3.	Zalecenie dalszego postępowania:
---	---	---

Miednica i okolica krzyżowo-biodrowa

Ocena bólu obręczy miednicznej, testów prowokacyjnych i kontroli obciążenia

A. Obszar dolegliwości



Strona: ☐ lewa ☐ prawa ☐ obustronna

Lokalizacja bólu: _____

Promieniowanie: _____

B. Obserwacja i ustawienie



ASIS/PSIS

☐ symetryczne ☐ asymetryczne

Uwagi: _____



Symetria miednicy
(w pozycji stojącej)

☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa

Uwagi: _____



Wzorec chodu

☐ prawidłowy ☐ nieprawidłowy

Uwagi: _____



Obciążanie kończyn

☐ symetryczne ☐ niesymetryczne

Uwagi: _____

C. Testy prowokacyjne SIJ

Test	Procedura (skrót)	Wynik	Uwagi
Distraction (rozprężenie)	Ucisk na grzebień biodrowy na zewnątrz	☐ dodatni ☐ ujemny	_____
Compression (ucisk)	Ucisk boczny na miednicę	☐ dodatni ☐ ujemny	_____
Thigh Thrust	Siła osiowa przez zgięte biodro	☐ dodatni ☐ ujemny	_____
FABER (Patrick)	Zgięcie, odwiedzenie i rotacja zewnętrzna biodra	☐ dodatni ☐ ujemny	_____
Gaenslen	Jednostronne wyprostowanie biodra przeciwległego	☐ dodatni ☐ ujemny	_____
Sacral Thrust	Ucisk na kość krzyżową w osi podłużnej	☐ dodatni ☐ ujemny	_____

D. Kontrola obciążenia / testy funkcjonalne

Test	Opis	Wynik / uwagi
Stanie jedno nogę	Stabilność miednicy w płaszczyźnie czołowej	_____
Active Straight Leg Raise (ASLR)	Zdolność do uniesienia wyprostowanej kończyny	_____
Most (mostek)	Kontrola miednicy podczas unoszenia miednicy	_____
Przysiad	Kontrola miednicy w zgięciu bioder i kolan	_____
Step-up	Wejście na stopień wysokości ok. 20 cm	_____

E. Palpacja

Struktura	Wynik (ból/uwrażli.)	Uwagi
Więzadła krzyżowo-biodrowe (długie i krótkie tylne, międzykostne)	☐ tak ☐ nie	_____
Okolica PSIS	☐ tak ☐ nie	_____
Mięśnie pośladkowe (m. pośladkowy wielki, średni)	☐ tak ☐ nie	_____
Przyczepy mięśniowe (pośladkowe, kulszowo-goleniowe)	☐ tak ☐ nie	_____
Spojenie łonowe	☐ tak ☐ nie	_____

F. Czynniki modyfikujące

Czynnik	Pogorszenie	Brak wpływu	Poprawa	Uwagi
Pozycja	☐	☐	☐	_____
Chodzenie	☐	☐	☐	_____
Siadanie	☐	☐	☐	_____
Obracanie się w łóżku	☐	☐	☐	_____
Wstawanie (z łóżka/prześcienia)	☐	☐	☐	_____

G. Podsumowanie kliniczne

Prawdopodobne zaangażowanie stawu krzyżowo-biodrowego / obręczy miednicznej:

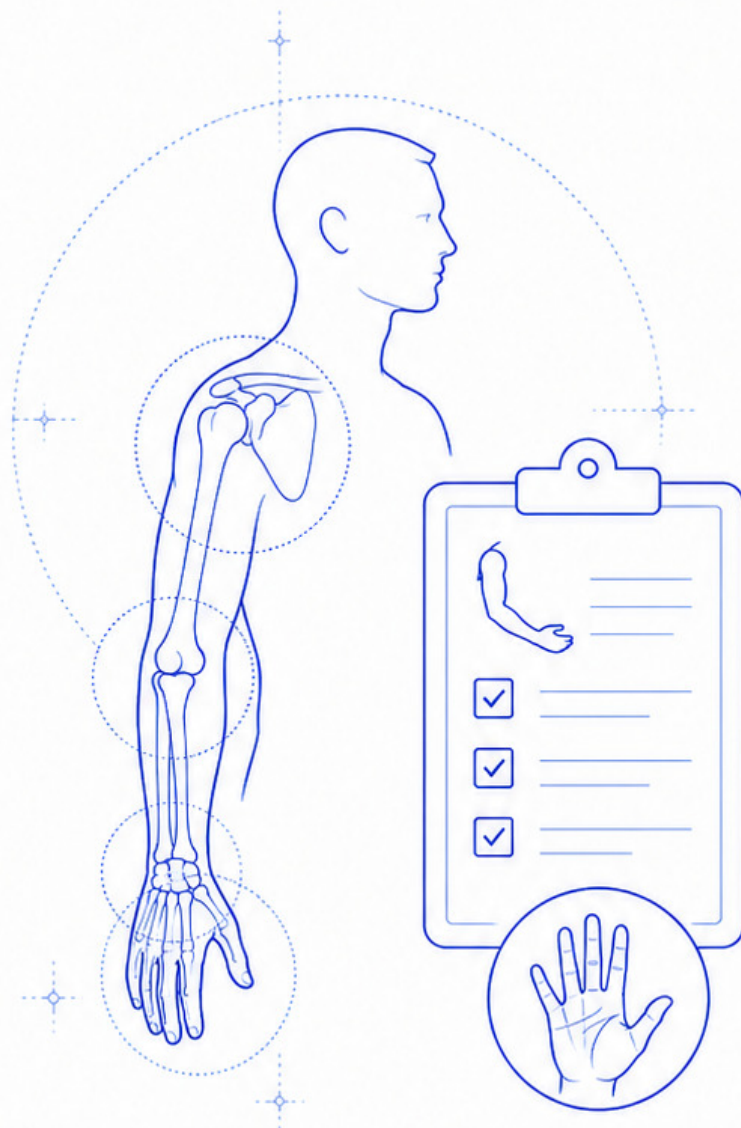
☐ tak ☐ możliwe ☐ mało prawdopodobne ☐ nie

Dominujące ustalenia:

Zalecane kolejne kroki:

Kończyna górna

Uporządkowana ocena barku, łokcia, przedramienia, nadgarstka oraz ręki i palców w kontekście funkcji i objawów.



26

Bark



27

Łokieć



28

Przedramię



29

Nadgarstek



30

Ręka i palce



Bark

Ból barku, zakres ruchu, siła i testy prowokacyjne

A. Główne dolegliwości barku

1. Strona: ☐ Prawa ☐ Lewa ☐ Obustronnie

2. Lokalizacja główna:

3. Promieniowanie bólu:

4. Uraz / bez urazu: ☐ Uraz ☐ Bez urazu ☐ Nie dotyczy

5. Krótki opis dolegliwości / początek:

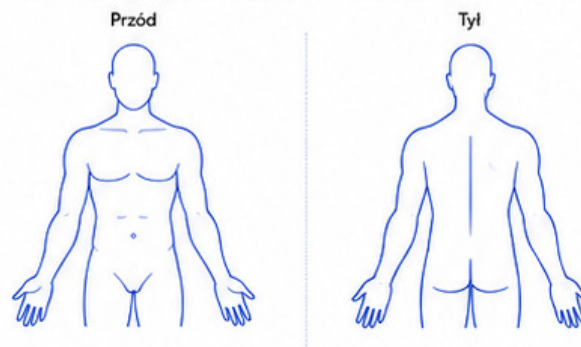
.....

.....

.....

B. Mapa objawów

Zaznacz obszary bólu, dyskomfortu, mrowienia lub drętwienia.



Legenda: /// Ból ooo Mrowienie xxx Drętwienie +++ Inne (opisz) _____

C. Zakres ruchu

Ruch	Aktywny (°)	Bierny (°)	Objawy / uwagi
Zgięcie (flexion)			
Odwiedzenie (abduction)			
Rotacja zewnętrzna (przy 0° odwiedzenia)			
Rotacja wewnętrzna (przy 0° odwiedzenia)			
Poziome przywiedzenie (cross-body adduction)			

D. Siła i kontrola

Test / mięsień	Strona prawa	Strona lewa	Uwagi
Odwodzenie barku (m. naramienny)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Rotatory zewnętrzne (m. podgrzebieniowy, m. obły mniejszy)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Rotatory wewnętrzne (m. podłopatkowy)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Zginacze barku (m. dwugłowy ramienia, m. kruczo-ramienny)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Kontrola łopatki (stabilizacja i ruchomość)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	

Skala: 0 = brak aktywacji/siły 5 = siła prawidłowa/pełna kontrola

E. Testy kliniczne

Test	Wynik		Uwagi
	(-)	(+)	
Painful Arc (bolesny łuk)	☐	☐	
Hawkins-Kennedy	☐	☐	
Neer	☐	☐	
Jobe (supraspinatus)	☐	☐	
Rotacja zewnętrzna oporowa	☐	☐	
Belly Press (Lift-Off)	☐	☐	
Speed (biceps)	☐	☐	
Cross-body adduction (ACJ)	☐	☐	

F. Palpacja i tkanki

Struktura	Bolesność		Napięcie / tkiwość		Uwagi
	(-)	(+)	(-)	(+)	
Ścięgno stożka rotatorów (obszar przyczepów)	☐	☐	☐	☐	
Bruzda bicipitalna	☐	☐	☐	☐	
ACJ (staw barkowo-obończykowy)	☐	☐	☐	☐	
Tylna torebka stawowa (okolica tylna)	☐	☐	☐	☐	
Mięśnie okołołopatkowe (mm. równoległoboczne, podgrzebieniowy, zębaty przedni)	☐	☐	☐	☐	

G. Wnioski kliniczne

1. Dominujący problem / struktury zaangażowane:

2. Wpływ na funkcję:

3. Plan dalszej oceny / kolejne kroki:

Łokieć

Zakres ruchu, obciążenie tkanek i testy funkcjonalne



A. Obszar dolegliwości



medialnie



lateralnie



tylno



przód łokcia

Strona: ☐ prawa ☐ lewa ☐ obie

Lokalizacja / opis dolegliwości:



B. Zakres ruchu

Ruch	Aktywny	Bierny	Objawy / uwagi
Zgięcie łokcia	°	°	
Wyprost łokcia	°	°	
Pronacja przedramienia	°	°	
Supinacja przedramienia	°	°	



C. Obciążenie i siła

Test	Strona prawa	Strona lewa	Objawy / uwagi
Chwyt dłoni	 /5	 /5	.....
Wyprost nadgarstka przeciw oporowi	 /5	 /5	.....
Zgięcie nadgarstka przeciw oporowi	 /5	 /5	.....
Zgięcie łokcia (przeciw oporowi)	 /5	 /5	.....
Wyprost łokcia (przeciw oporowi)	 /5	 /5	.....



D. Testy kliniczne

Test	Wynik	Objawy / uwagi
Bolesny chwyt	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Test Cozena (nadkłykiec boczny)	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Test Maudsleya (nadkłykiec boczny)	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Test Millsa (nadkłykiec przyśrodkowy)	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Objaw Tinel (nerw łokciowy)	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Valgus stress test	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Varus stress test	☐ dodatni ☐ ujemny	.....
Inne testy:	☐ dodatni ☐ ujemny	.....



E. Palpacja

Struktura	Bolesność	Uwagi
Nadkłykiec boczny	☐ tak ☐ nie	.....
Nadkłykiec przyśrodkowy	☐ tak ☐ nie	.....
Ścięgna prostowników i zginaczy	☐ tak ☐ nie	.....
Wyrostek łokciowy	☐ tak ☐ nie	.....
Więzadła (boczne, pierścieniowe, promieniowe i łokciowe)	☐ tak ☐ nie	.....
Nerw łokciowy (w rynience nerwu)	☐ tak ☐ nie	.....



F. Czynniki funkcjonalne

Czynnik	Wpływ na dolegliwości				Uwagi
	brak	niewielki	umiarkowany	znaczny	
Praca / obowiązki zawodowe	☐	☐	☐	☐	
Chwyt / użycie dłoni	☐	☐	☐	☐	
Praca przy komputerze	☐	☐	☐	☐	
Aktywność sportowa	☐	☐	☐	☐	
Podnoszenie ciężarów	☐	☐	☐	☐	
Powtarzalne ruchy	☐	☐	☐	☐	



G. Wnioski kliniczne

Podsumowanie, interpretacja wyników i zalecenia:

.....

.....

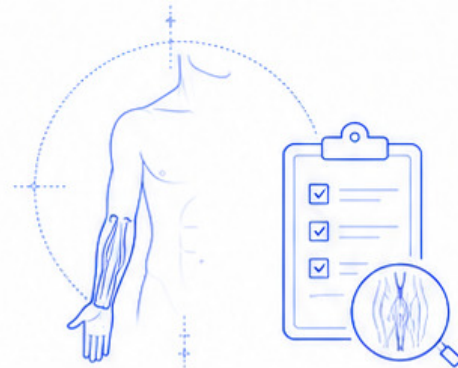
.....

.....

.....

Przedramię

Rotacja, tkanki mięśniowo-powięziowe i tolerancja obciążenia



A. Główne dolegliwości

Wskaż główną lokalizację dolegliwości (może być więcej niż jedna):

Strona promieniowa (kciukowa) ☐

Strona łokciowa ☐

Strona przednia ☐

Strona tylna ☐

Inne / opis:

.....

B. Ruchy podstawowe

Ruch / obserwacja	Prawidłowy	Ograniczony	Bolesny	Komentarz
Pronacja	☐	☐	☐	
Supinacja	☐	☐	☐	
Współruchy łokcia (zgięcie / wyprost)	☐	☐	☐	
Współruchy nadgarstka (zgięcie / wyprost / odchylenia)	☐	☐	☐	
Objawy podczas ruchu (ból, trzaski, niestabilność)	☐	☐	☐	

C. Mięśnie i obciążenie

Grupa mięśniowa	Ból	Oslabienie	Napięcie	Uwagi
Zginacze nadgarstka i palców	☐	☐	☐	
Prostowniki nadgarstka i palców	☐	☐	☐	
Pronatory	☐	☐	☐	
Supinatory	☐	☐	☐	
Uwagi ogólne:				
.....				
.....				

D. Testy funkcjonalne

Test / czynność	Prawidłowo	Z trudnością	Bolesne	Komentarz
Chwyt (siła i wytrzymałość)	☐	☐	☐	
Skręcanie (klucze, śruby)	☐	☐	☐	
Noszenie / dźwiganie	☐	☐	☐	
Pisanie / praca biurowa	☐	☐	☐	
Praca narzędziowa	☐	☐	☐	
Sport rakietowy / uderzenia	☐	☐	☐	

E. Palpacja

Obszar	Tkliwość	Napięcie	Uwagi
Przedział przedni	☐	☐	
Przedział tylny	☐	☐	
Przyczepy mięśniowe	☐	☐	
Błona międzykostna	☐	☐	
Punkty tkliwe / spustowe	☐	☐	
Inne obserwacje:			
.....			

F. Objawy nerwowe / naczyniowe

Objaw	Obecny	Nieobecny	Uwagi
Dretnienie	☐	☐	
Mrowienie	☐	☐	
Przeczulica	☐	☐	
Zmiana koloru	☐	☐	
Zmiana temperatury	☐	☐	
Inne	☐	☐	
Uwagi dodatkowe:			
.....			

G. Wnioski kliniczne

Kluczowe ustalenia i rekomendacje:

.....

.....

.....

Zakres ruchu, chwyt, obciążenie i testy regionalne

Zaznacz obszar bólu, drętwienia lub innych dolegliwości.



Strona:

☐ Lewa ☐ Prawa

Lokalizacja główna:

Dodatkowe lokalizacje:

Początek objawów:

Charakter objawów:

Ruch	Aktywny	Bierny	Objawy (tak/nie, opis)
Zgięcie nadgarstka	(°)	(°)	
Wyprost nadgarstka	(°)	(°)	
Odchylenie promieniowe	(°)	(°)	
Odchylenie łokciowe	(°)	(°)	
Pronacja	(°)	(°)	
Supinacja	(°)	(°)	

Aktywność	Brak trudności	Łagodne trudności	Umiarkowane trudności	Znaczne trudności	Nie dotyczy	Uwagi
Siła chwytu	☐	☐	☐	☐	☐	
Podparcie na ręce (np. wstawanie z krzesła)	☐	☐	☐	☐	☐	
Noszenie (np. torba, zakupy)	☐	☐	☐	☐	☐	
Pisanie	☐	☐	☐	☐	☐	
Obsługa telefonu / klawiatury	☐	☐	☐	☐	☐	

Test	Dodatni	Ujemny	Nie dotyczy	Uwagi
Tinel (kanał nadgarstka)	☐	☐	☐	
Phalen	☐	☐	☐	
Test odwiedzenia kciuka (CMC)	☐	☐	☐	
Testy TFCC / odchylenie łokciowe	☐	☐	☐	
Testy niestabilności (SL, LT, DRUJ)	☐	☐	☐	
Inne testy	☐	☐	☐	

Struktura	Bolesność				Uwagi
	Brak	Łagodna	Umiarkowana	Znaczna	
Okolica promieniowa (styloid / RCL)	☐	☐	☐	☐	
Okolica łokciowa (styloid / UCL)	☐	☐	☐	☐	
Kanał nadgarstka	☐	☐	☐	☐	
Ściana prostowników	☐	☐	☐	☐	
Ściana zginaczy	☐	☐	☐	☐	
Kość nadgarstka (łódeczkowata, księżycowata itd.)	☐	☐	☐	☐	

Czynnik	Nasila	Łagodzi	Brak wpływu	Uwagi
Powtarzalne użycie (np. praca, sport)	☐	☐	☐	
Obciążanie ciała (np. podpłt, przenoszenie)	☐	☐	☐	
Chwyt precyzyjny (np. śrubokręt, pędzel)	☐	☐	☐	
Orteza / stabilizacja	☐	☐	☐	
Odpoczynek / unikanie	☐	☐	☐	

Interpretacja kliniczna, hipotezy diagnostyczne, zalecenia oraz dalsze kroki:

Ręka i palec

Chwyt, precyzja, ruch i objawy cyfrowe

A. Obszar objawów

Zaznacz obszar bólu, drętwienia lub innych dolegliwości.

Strona dłoniowa

Strona grzbietowa



Strona:

☐ Lewa ☐ Prawa ☐ Obie

Lokalizacja główna:

Dodatkowe lokalizacje:

Początek objawów:

Charakter objawów:

Legenda: /// Ból ooo Dretwienie xxx Mrowienie ... Inne

B. Zakres ruchu

Ruch	Aktywne	Bierno	Objawy (tak/nie, opis)
Zgięcie palców	(°)	(°)	
Wyprost palców	(°)	(°)	
Zgięcie / wyprost kciuka	(°)	(°)	
Odwiedzenie / przywiedzenie palców	(°)	(°)	
Opozycja kciuka	(°)	(°)	

C. Funkcja ręki i precyzja

	Brak trudności	Łagodne trudności	Umiarkowane trudności	Znaczne trudności	Nie dotyczy
 Siła chwytu	☐	☐	☐	☐	☐
 Chwyt szczypcowy	☐	☐	☐	☐	☐
 Zapinanie guzików	☐	☐	☐	☐	☐
 Pisanie	☐	☐	☐	☐	☐
 Obsługa telefonu / klawiatury	☐	☐	☐	☐	☐

D. Testy kliniczne

Test	Dodatni	Ujemny	Nie dotyczy	Uwagi
Test Fromenta	☐	☐	☐	
Test opozycji kciuka	☐	☐	☐	
Palec trzaskający	☐	☐	☐	
Test CMC kciuka	☐	☐	☐	
Inne testy	☐	☐	☐	

E. Palpacja

Struktura	Bolesność				Uwagi
	Brak	Łagodna	Umiarkowana	Znaczna	
Stawy MCP / PIP / DIP	☐	☐	☐	☐	
Ścięgna zginaczy	☐	☐	☐	☐	
Ścięgna prostowników	☐	☐	☐	☐	
Okolica kciuka / CMC	☐	☐	☐	☐	
Tkanki miękkie / obrzęk	☐	☐	☐	☐	

F. Objawy nerwowe / naczyniowe

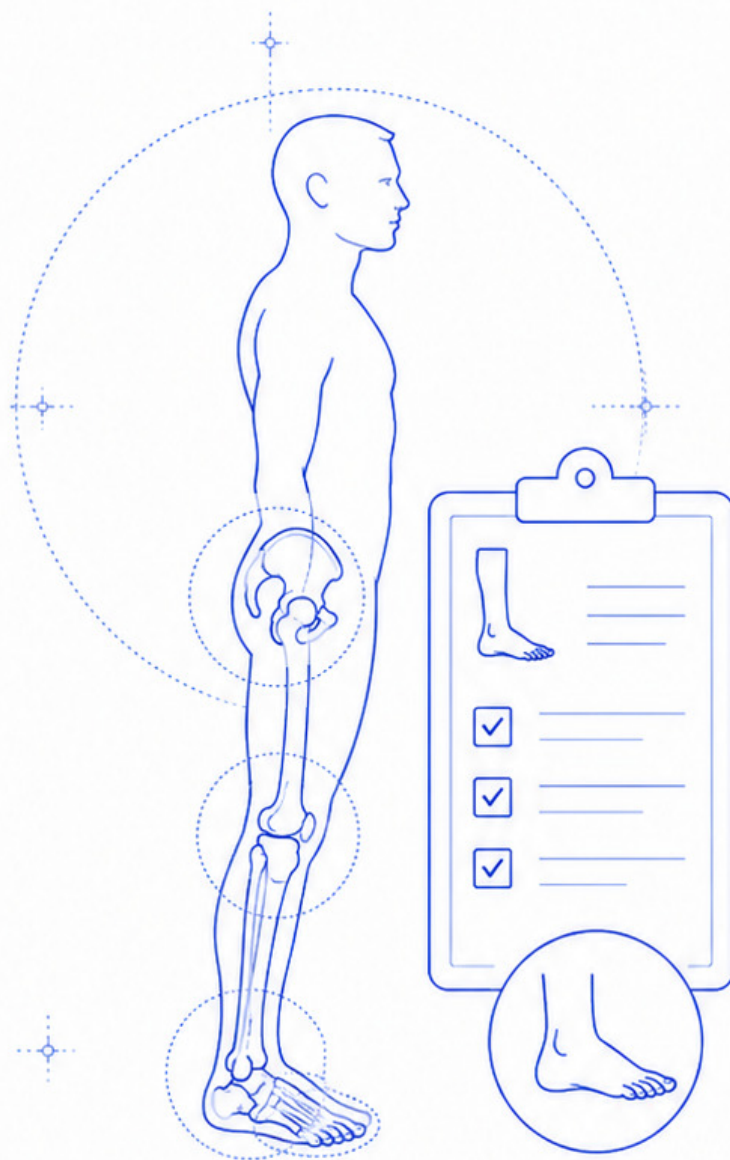
Objaw	Obecny	Nieobecny	Nie dotyczy	Uwagi
Dretnienie	☐	☐	☐	
Mrowienie	☐	☐	☐	
Zmiana koloru	☐	☐	☐	
Zmiana temperatury	☐	☐	☐	
Obrzęk	☐	☐	☐	
Inne	☐	☐	☐	

G. Wnioski kliniczne

Interpretacja kliniczna, hipotezy diagnostyczne, zalecenia oraz dalsze kroki:

Kończyna dolna

Uporządkowana ocena biodra, kolana, podudzia, stawu skokowego oraz stopy i palców w kontekście funkcji i objawów.



32

Biodro



33

Kolano



34

Podudzie



35

Staw skokowy



36

Stopa i palce





Biodro

Ból biodra, zakres ruchu, siła i testy prowokacyjne



A. Główne dolegliwości biodra

1. Strona: ☐ Prawa ☐ Lewa ☐ Obustronnie

2. Lokalizacja główna:

3. Promieniowanie bólu:

4. Uraz / bez urazu: ☐ Uraz ☐ Bez urazu

5. Krótki opis dolegliwości / początek:

.....

.....

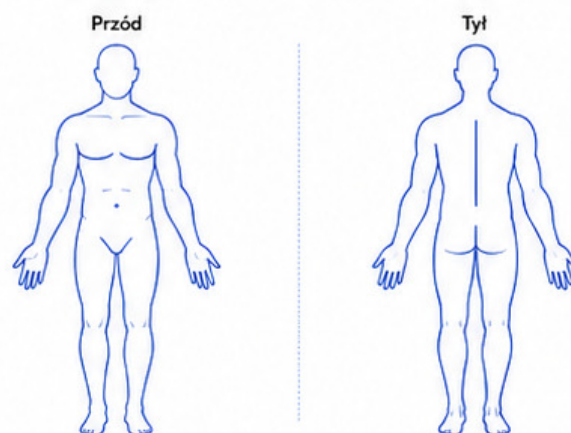
.....

.....



B. Mapa objawów

Zaznacz obszary bólu, dyskomfortu, mrowienia lub drętwienia.



Legenda: /// Ból ooo Dyskomfort xxx Mrowienie +++ Drętwienie



C. Zakres ruchu

Ruch	Aktywny (°)	Bierny (°)	Objawy / uwagi
Zgięcie			
Wyprost			
Odwiedzenie			
Przywiedzenie			
Rotacja wewnętrzna			
Rotacja zewnętrzna			



D. Siła i kontrola

Test / mięsień	Strona prawa (0-5)	Strona lewa (0-5)	Uwagi
Odwodziciele biodra	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Prostowniki biodra	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Zginacze biodra	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Rotatory zewnętrzne	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
Kontrola miednicy	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	



E. Testy kliniczne

Test	Wynik		Uwagi
	(-)	(+)	
FADIR	☐	☐	
FABER (Patrick)	☐	☐	
Test Scour	☐	☐	
Trendelenburg	☐	☐	
Test zgięcia czynnego	☐	☐	
Inne testy	☐	☐	



F. Palpacja i tkanki

Struktura	Bolesność	Napięcie / tkiwość	Uwagi
Krętarz większy	☐	☐	
Zginacze biodra	☐	☐	
TFL / pasmo biodrowo-piszczelowe	☐	☐	
Mięśnie pośladkowe	☐	☐	
Przednia torebka stawowa	☐	☐	



G. Wnioski kliniczne

1. Dominujący problem / struktury zaangażowane:

2. Wpływ na funkcję:

3. Plan dalszej oceny / kolejne kroki:

Kolano

Ból kolana, zakres ruchu, obciążenie i testy kliniczne

A. Obszar dolegliwości



Strona:

☐ Prawa

☐ Lewa

☐ Obie

Lokalizacja (dokładne miejsce):

.....

Opis dolegliwości / charakter bólu:

```
*****  
*****  
*****
```

B. Zakres ruchu

Ruch	Aktywny	Bierny	Objawy / uwagi
Zgięcie kolana			
Wprost kolana			

C. Obciążenie i siła

Test	Prawa (0-5)	Lewa (0-5)	Uwagi
Przysiad			
Siad-wstawianie			
Wyprost kolana przeciw oporowi			
Zgięcie kolana przeciw oporowi			
Step-down / step-up			

D. Testy kliniczne

Test	Wynik (dodatni / ujemny)	Uwagi
Test Lachmana		
Szuflada przednia		
Szuflada tylna		
Test McMurraya		
Stress valgus		
Stress varus		
Test rzepkowo-udowy		
Inne testy		

E. Palpacja

Struktura	Bolesność (tak / nie)	Uwagi
Szpara przyśrodkowa		
Szpara boczna		
Rzepka / troczki		
Więzadło rzepki		
Dół podkolanowy		
Gęsia stopka		

F. Czynniki funkcjonalne

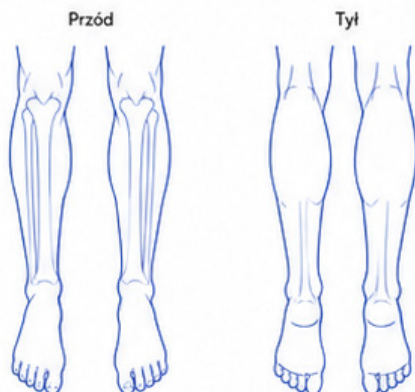
Aktywność	Wpływ na dolegliwości			
	Brak	Niewielki	Umiarkowany	Znaczny
Praca / obowiązki	☐	☐	☐	☐
Chodzenie	☐	☐	☐	☐
Schody	☐	☐	☐	☐
Bieganie / sport	☐	☐	☐	☐
Kłęknięcie / kucanie	☐	☐	☐	☐
Długie siedzenie	☐	☐	☐	☐

G. Wnioski kliniczne

Podudzie

Tkanki mięśniowo-powięziowe, obciążenie i objawy wysiłkowe

A. Główne dolegliwości



☐ Prawa

☐ Lewa

☐ Obustronnie

Lokalizacja bólu:

Promieniowanie:

Początek objawów:

Charakter objawów:

B. Ruchy podstawowe

	Prawidłowy	Ograniczony	Bolesny	Komentarz
Chód na piętach	☐	☐	☐	
Chód na palcach	☐	☐	☐	
Wspięcie na palce	☐	☐	☐	
Bieg w miejscu	☐	☐	☐	
Skok / odbicie	☐	☐	☐	

C. Mięśnie i obciążenie

	Ból	Oslabienie	Napięcie	Uwagi
Mięśnie łydki	☐	☐	☐	
Mięsień płaszczkowaty	☐	☐	☐	
Mięsień piszczelowy przedni	☐	☐	☐	
Mięśnie strzałkowe	☐	☐	☐	
Powięź / przedziały mięśniowe	☐	☐	☐	

D. Testy funkcjonalne

	Prawidłowo	Z trudnością	Bolesne	Komentarz
Wspięcia jednonóż	☐	☐	☐	
Hopping	☐	☐	☐	
Marsz szybki	☐	☐	☐	
Schody	☐	☐	☐	
Przysiad	☐	☐	☐	

E. Palpacja

	Tkliwość	Napięcie	Uwagi
Grzebień piszczeli	☐	☐	
Przedział przedni	☐	☐	
Przedział tylny	☐	☐	
Mięśnie strzałkowe	☐	☐	
Ścięgno Achillesa / okolica przyczepu	☐	☐	
Punkty tkliwe / spustowe	☐	☐	

F. Objawy naczyniowe / nerwowe

	Obecny	Nieobecny	Uwagi
Drętwienie	☐	☐	
Mrowienie	☐	☐	
Zmiana koloru	☐	☐	
Zmiana temperatury	☐	☐	
Obrzęk	☐	☐	
Inne	☐	☐	

G. Wnioski kliniczne

Staw skokowy

Zakres ruchu, obciążenie i testy regionalne

A. Obszar objawów

Przyśrodkowo



Bocznie



Przód



Tył



- ☐ Lewa
- ☐ Prawa
- ☐ Obie

Lokalizacja główna:

Dodatkowe lokalizacje:

Początek objawów:

Charakter objawów:

B. Zakres ruchu

Ruch	Aktywny (°)	Bierny (°)	Objawy (tak/nie, opis)
Zgięcie grzbietowe			
Zgięcie podeszwowe			
Inwersja			
Ewersja			

C. Funkcja i obciążenie

Aktywność	Trudność				Uwagi
	Brak	Łagodna	Umiarkowana	Znaczna	
 Chodzenie	☐	☐	☐	☐	
 Schody	☐	☐	☐	☐	
 Bieg	☐	☐	☐	☐	
 Wspięcie na palce	☐	☐	☐	☐	
 Skok / lądowanie	☐	☐	☐	☐	

D. Testy kliniczne

Test	Dodatni	Ujemny	Nie dotyczy	Uwagi
Szuflada przednia	☐	☐	☐	
Talar Tilt	☐	☐	☐	
Squeeze Test	☐	☐	☐	
Test rotacji zewnętrznej	☐	☐	☐	
Test Thompsona	☐	☐	☐	
Inne testy	☐	☐	☐	

E. Palpacja

Struktura	Bolesność (0-3)				Uwagi
	0 Brak	1 Łagodna	2 Umiarkowana	3 Znaczna	
Wieżadła boczne	☐	☐	☐	☐	
Wieżadło przyśrodkowe	☐	☐	☐	☐	
Ścięgno Achillesa	☐	☐	☐	☐	
Kostka boczna	☐	☐	☐	☐	
Kostka przyśrodkowa	☐	☐	☐	☐	
Zatoka stępu / tkanki miękkie	☐	☐	☐	☐	

0 = brak bólu 1 = łagodny 2 = umiarkowany 3 = znaczny

F. Czynniki nasilające / łagodzące

Czynnik	Nasila	Łagodzi	Brak wpływu	Uwagi
 Powtarzalne użycie	☐	☐	☐	
 Obciążanie ciała	☐	☐	☐	
 Orteza / stabilizacja	☐	☐	☐	
 Odpoczynek / unikanie	☐	☐	☐	

G. Podsumowanie

.....

.....

.....

.....

.....



Stopa i palce

Wsparcie, chód, ruch i objawy dystalne

A. Obszar objawów

PODESZWA

GRZBIET

☐ Lewa ☐ Prawa ☐ Obie

Lokalizacja główna:

Dodatkowe lokalizacje:

Początek objawów:

Charakter objawów:

//// Ból ooo Drgnięcie xxx Mrowienie +++ Inne

B. Zakres ruchu

Ruch	Aktywny	Bierny	Objawy
Zgięcie / wyprost palucha	(°)	(°)	
Zgięcie / wyprost palców	(°)	(°)	
Pronacja / supinacja stopy	(°)	(°)	
Ruch śródstopia	(°)	(°)	

C. Funkcja stopy i chodu

Aktywność	Bez trudności	Łagodna trudność	Umiarkowana trudność	Znaczna trudność	Nie dotyczy	Uwagi
Stanie	☐	☐	☐	☐	☐	
Chodzenie	☐	☐	☐	☐	☐	
Bieg	☐	☐	☐	☐	☐	
Odepchnięcie z palców	☐	☐	☐	☐	☐	
Stanie jedno nogę	☐	☐	☐	☐	☐	

D. Testy kliniczne

Test	Dodatni	Ujemny	Nie dotyczy	Uwagi
Windlass Test	☐	☐	☐	
Squeeze test śródstopia	☐	☐	☐	
Test palucha	☐	☐	☐	
Ocena łuku podłużnego	☐	☐	☐	
Inne testy	☐	☐	☐	

E. Palpacja

Struktura	Bolesność					Uwagi
	0	1	2	3	4	
Powięź podeszwowa	☐	☐	☐	☐	☐	
Głowy kości śródstopia	☐	☐	☐	☐	☐	
Staw MTP palucha	☐	☐	☐	☐	☐	
Kości stępu / śródstopia	☐	☐	☐	☐	☐	
Tkanki miękkie / obrzęk	☐	☐	☐	☐	☐	

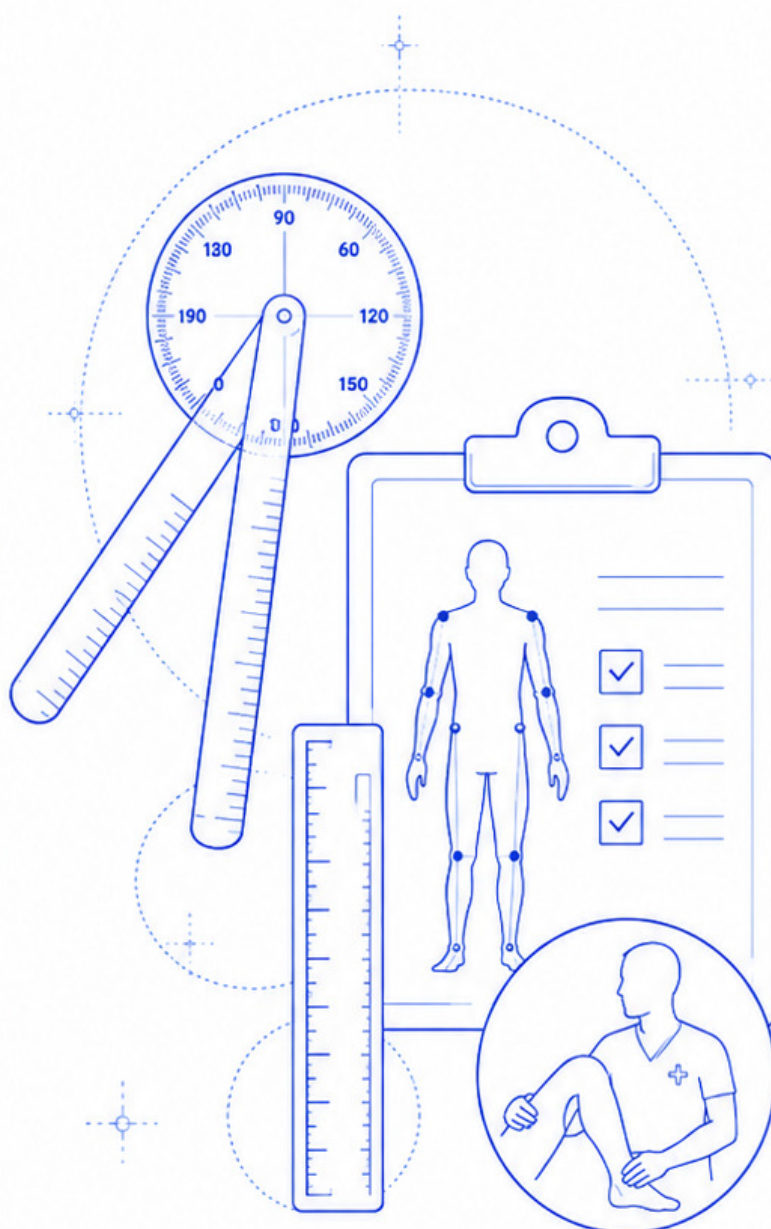
F. Czynniki obciążające / modyfikujące

Czynnik	Nasila	Łagodzi	Brak wpływu	Uwagi
Obuwie	☐	☐	☐	
Długie stanie	☐	☐	☐	
Chodzenie / bieg	☐	☐	☐	
Podłoże	☐	☐	☐	
Odpoczynek / odciążenie	☐	☐	☐	

G. Wnioski kliniczne

Testy kliniczne i pomiary

Uporządkowane narzędzia do doboru testów, pomiaru zakresu ruchu, siły i funkcji oraz zapisu wyników skal i kwestionariuszy.



38

Dobór testów klinicznych



39

Pomiary zakresu ruchu



40

Pomiary siły i funkcji



41

Wyniki kwestionariuszy i skal



Dobór testów klinicznych

Cel, bezpieczeństwo, kolejność i interpretacja testów

A. Cel oceny

- ☐ różnicowanie źródła bólu
- ☐ ocena funkcji
- ☐ potwierdzenie hipotezy
- ☐ monitorowanie zmian
- ☐ ocena niestabilności
- ☐ inne
- ☐ ocena struktur nerwowych

B. Kryteria doboru testu

Kryterium	Tak	Częściowo	Nie	Uwagi
Zgodność z objawami	☐	☐	☐	
Bezpieczeństwo	☐	☐	☐	
Tolerancja pacjenta	☐	☐	☐	
Trafność kliniczna	☐	☐	☐	
Dostępny czas	☐	☐	☐	
Potrzeba porównania stron	☐	☐	☐	

C. Plan testowania

Obszar / hipoteza	Wybrany test	Kolejność	Cel testu	Uwagi

D. Wykonanie i interpretacja

Test	Wynik	Reprodukcja objawów	Zmiana po teście	Znaczenie kliniczne

E. Bezpieczeństwo i przeciwwskazania

- **silny ból**
Unikaj testów
prowokujących silny
lub nie do zniesienia ból.
- **świeży uraz**
Oceń ryzyko pogorszenia
stanu i dostosuj
dobór testów.
- **nasilające objawy
neurologiczne**
Zachowaj ostrożność
w przypadku objawów
neurologicznych.
- **pooperacyjna
ostrożność**
Uwzględnij etap gojenia
i ograniczenia zalecone
po zabiegu.
- **brak tolerancji
testu**
Przerwij test
i wybierz alternatywne,
bezpieczniejsze opcje.

F. Wniosek po testach

- Testy najbardziej użyteczne
- Hipoteza wsparta / osłabiona
- Potrzeba dalszej oceny
- Zalecane następne kroki

Pomiary zakresu ruchu

Goniometria, strony porównawcze i zapis końcowego zakresu

A. Parametry pomiaru

Badany obszar:

Strona dominująca: ☐ Prawa ☐ Lewa

Narzędzie: ☐ Goniometr ☐ Inklinometr
☐ Inne

Aktywny / bierny: ☐ Aktywny ☐ Bierny

Ból końcowy: ☐ Tak ☐ Nie

Uwagi:

B. Kręgosłup

Ruch	Zakres (°)	Objawy końcowe	Jakość ruchu	Uwagi
Szyja – zgięcie				
Szyja – wyprost				
Szyja – rotacja P / L				
Szyja – zgięcie boczne P / L				
Piersiowy – wyprost				
Piersiowy – rotacja P / L				
Lędźwiowy – zgięcie				
Lędźwiowy – wyprost				
Lędźwiowy – skłon boczny P / L				

C. Kończyna górna

	Ruch	P (°)	L (°)	Ból końcowy	Uwagi
Bark	Bark – zgięcie				
	Bark – odwiedzenie				
	Bark – rotacja zewnętrzna				
	Bark – rotacja wewnętrzna				
Łokieć	Łokieć – zgięcie				
	Łokieć – wyprost				
Nadgarstek	Nadgarstek – zgięcie				
	Nadgarstek – wyprost				

D. Kończyna dolna

	Ruch	P (°)	L (°)	Ból końcowy	Uwagi
Biodro	Biodro – zgięcie				
	Biodro – wyprost				
	Biodro – odwiedzenie				
	Biodro – rotacja wewnętrzna / zewnętrzna				
Kolano	Kolano – zgięcie				
	Kolano – wyprost				
Staw skokowy	Staw skokowy – zgięcie grzbietowe				
	Staw skokowy – zgięcie podszwowe				

E. Podsumowanie pomiarów

Największa asymetria:

Ruch najbardziej ograniczony:

Ból w końcowym zakresie:

Wnioski kliniczne:

Pomiary siły i funkcji

MMT, dynamometria, testy funkcjonalne i porównanie stron

A. Parametry pomiaru

Badany obszar:
Data badania:
Strona dominująca: ☐ Prawa ☐ Lewa

Narzędzie: ☐ MMT ☐ Dynamometr
☐ Test funkcjonalny ☐ Inne
Warunki badania:

Ból podczas testu: ☐ Tak ☐ Nie
Uwagi:
.....

B. Skala siły mięśniowej

Ocena	Opis
5	Prawidłowa siła. Wykonuje ruch z pełnym zakresem oporu.
4	Dobra siła. Wykonuje ruch z oporem, nie maksymalnym.
3	Umiarkowana siła. Wykonuje ruch przeciwko grawitacji.
2	Słaba siła. Wykonuje ruch tylko w odciążeniu grawitacji.
1	Ślad skurczu. Widoczny lub wyczuwalny skurcz mięśnia bez ruchu.
0	Brak skurczu. Nie obserwuje się skurczu mięśnia.

C. Kończyna górna

	Ruch / mięsień	P (0-5)	L (0-5)	Dynamometr / wynik	Ból	Uwagi
Bark	Zgięcie				☐	
	Odwiedzenie				☐	
	Rotacja zewnętrzna				☐	
	Rotacja wewnętrzna				☐	
Łokieć	Zgięcie				☐	
	Wyroprost				☐	
Nadgarstek / chwyt	Zgięcie nadgarstka				☐	
	Wyroprost nadgarstka				☐	
	Chwyt dłoni				☐	

D. Kończyna dolna

	Ruch / mięsień	P (0-5)	L (0-5)	Dynamometr / wynik	Ból	Uwagi
Biodro	Zgięcie				☐	
	Odwiedzenie				☐	
	Wyroprost				☐	
	Rotacja zewnętrzna				☐	
	Rotacja wewnętrzna				☐	
Kolano	Zgięcie				☐	
	Wyroprost				☐	
Staw skokowy / stopa	Zgięcie grzbietowe				☐	
	Zgięcie podeszwowe				☐	
	Ewersja				☐	
	Inwersja				☐	

E. Testy funkcjonalne

Test	Wynik ilościowy	Jakość wykonania	Objawy	Uwagi
Siad-wstawanie				
Przysiad				
Step-up				
Chód				
Chwyt dłoni / precyzja				

F. Podsumowanie siły i funkcji

Największy deficyt:
Asymetria:
Wpływ na funkcję:
Wniosek kliniczny:
.....
.....

Wyniki kwestionariuszy i skal

Narzędzia samooceny, skale bólu i monitorowanie wyników

A. Dane pomiaru

Data pomiaru:

Etap oceny: ☐ pierwsza wizyta ☐ kontrola ☐ wypis

Badany obszar:

Osoba wypełniająca:

Uwagi:

B. Kwestionariusze regionowe

Kwestionariusz	Zastosowano	Wynik surowy	Wynik %	Interpretacja	Zmiana od poprzedniego pomiaru	Uwagi
ODI	☐					
NDI	☐					
DASH / QuickDASH	☐					
LEFS	☐					
KOOS / HOOS	☐					
FAAM	☐					
PSFS	☐					
Inny	☐					

C. Skale bólu i objawów

Skala	Wynik	Skala / zakres	Interpretacja	Uwagi
NRS spoczynkowy		0–10		
NRS w ruchu		0–10		
VAS		0–100 mm		
Ból nocny		0–10		
Sztywność poranna		0–10		
Zmęczenie		0–10		

D. Czynniki psychospołeczne / funkcjonalne

Czynnik	Brak	Niewielkie	Umiarkowane	Znaczne	Uwagi
Unikanie ruchu	☐	☐	☐	☐	
Obawy pacjenta	☐	☐	☐	☐	
Sen	☐	☐	☐	☐	
Stres	☐	☐	☐	☐	
Nastroj	☐	☐	☐	☐	
Satysfakcja z funkcji	☐	☐	☐	☐	

E. Podsumowanie zmian

Najważniejszy wynik:

Czy nastąpiła poprawa?:

Obszary wymagające dalszej pracy:

Wnioski kliniczne:

Rozumowanie kliniczne

Uporządkowane narzędzia do analizy danych z wywiadu i badania, tworzenia listy problemów oraz budowania hipotez klinicznych.



43

Lista problemów



44

Hipotezy kliniczne i czynniki modyfikujące



45

Interpretacja wyników badania



Lista problemów

Priorytety pacjenta, ograniczenia funkcjonalne i główne deficyty

A. Główne cele i dolegliwości pacjenta

B. Lista problemów

Problem / obserwacja	Kategoria (objaw / funkcja / aktywność / udział / struktura)	Nasilenie / priorytet	Dowody z badania	Uwagi

C. Ograniczenia aktywności i udziału

	brak	niewielkie	umiarkowane	znaczne	uwagi
chód	☐	☐	☐	☐	
praca	☐	☐	☐	☐	
sport	☐	☐	☐	☐	
samoobsługa	☐	☐	☐	☐	
sen	☐	☐	☐	☐	
inne	☐	☐	☐	☐	

D. Czynniki kontekstowe

	Uwagi / opis
☐ obciążenia dnia codziennego	
☐ wsparcie społeczne	
☐ motywacja	
☐ środowisko pracy	
☐ styl życia	

E. Priorytety terapeutyczne

problem główny:

problem wtórny:

co wymaga pilnego działania:

wniosek kliniczny:

Hipotezy kliniczne i czynniki modyfikujące

Budowanie hipotez, różnicowanie i analiza wpływów

A.

Hipotezy główne

Hipoteza	Struktury / mechanizmy	Dane wspierające	Dane przeciwne	Priorytet
				☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
				☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
				☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
				☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
				☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

B.

Różnicowanie / alternatywy

Możliwa alternatywa	Dlaczego rozważyć?	Co sprawdzić dalej?

C.

Czynniki modyfikujące

	Obecne	Możliwe	Brak danych	Uwagi
Mechaniczne	☐	☐	☐	
Neurologiczne	☐	☐	☐	
Psychospołeczne	☐	☐	☐	
Ogólnomedyczne	☐	☐	☐	
Nawyki / obciążenia	☐	☐	☐	

D.

Czynniki nasilające / łagodzące

Czynnik	Nasila	Łagodzi	Brak wpływu	Uwagi
	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	

E.

Plan weryfikacji hipotez

Test lub działanie	Oczekiwany wynik	Znaczenie kliniczne

Uwaga kliniczna

Regularnie aktualizuj hipotezy w oparciu o nowe informacje.
Priorytetyzuj te, które najlepiej wyjaśniają objawy i są możliwe do weryfikacji.

Uwaga

Brak poprawy zgodnej z oczekiwaniami jest cenną informacją diagnostyczną — wróć do hipotez i planu.

Interpretacja wyników badania

Integracja danych z wywiadu, badania i pomiarów

A. Kluczowe ustalenia

Obszar	Najważniejszy wynik	Znaczenie
Wywiad		
Obserwacja		
Zakres ruchu		
Siła		
Testy kliniczne		
Kwestionariusze / skale		

B. Spójność danych

	Ocena	Uwagi
Zgodne z główną hipotezą	☐	
Częściowo zgodne	☐	
Niejasne / sprzeczne	☐	
Wymagają dalszej oceny	☐	

C. Wzorec kliniczny

Nasilenie: ☐ łagodne ☐ Umiarkowane ☐ Ciężkie	Dominujący mechanizm:
Drażliwość: ☐ Niska ☐ Umiarkowana ☐ Wysoka	Obszar główny:
Stadium problemu: ☐ Ostre ☐ Podostre ☐ Przewlekłe	Wpływ funkcjonalny: ☐ Niski ☐ Umiarkowany ☐ Wysoki

D. Interpretacja końcowa

Najbardziej prawdopodobne wyjaśnienie:

.....

Co wykluczono:

.....

Ryzyko / bezpieczeństwo:

.....

Najważniejszy wniosek kliniczny:

.....

E. Następny krok

Przejdź do: ☐ Planu terapii ☐ Edukacji ☐ Dalszej diagnostyki ☐ Monitorowania

Plan postępowania i dokumentacja

Praktyczne strony do wyznaczania celów terapii, planowania kolejnych kroków oraz dokumentowania przebiegu wizyt i zmian.



47

Cele terapii i plan postępowania



48

Podsumowanie wizyty i monitorowanie zmian



49

Kompletna karta podsumowująca / szybki zapis kliniczny



Cele terapii i plan postępowania

Cele SMART, priorytety i struktura interwencji

A. Priorytety pacjenta



Co jest najważniejsze dla pacjenta?

.....



Oczekiwania

.....



Preferencje

.....



Gotowość do działania

.....

B. Cele krótkoterminowe

Cel	Miernik sukcesu	Termin	Priorytet	Uwagi
			☆☆☆☆☆	
			☆☆☆☆☆	
			☆☆☆☆☆	
			☆☆☆☆☆	
			☆☆☆☆☆	

C. Cele długoterminowe

Cel	Miernik sukcesu	Termin	Priorytet	Uwagi
			☆☆☆☆☆	
			☆☆☆☆☆	
			☆☆☆☆☆	

D. Plan postępowania

Interwencja	Zaplanowano	Częstotliwość / dawka	Cel interwencji	Uwagi
 Edukacja				
 Terapia manualna				
 Ćwiczenia				
 Trening funkcjonalny				
 Samodzielna praca w domu				
 Modyfikacja obciążeń				
 Dalsza diagnostyka / konsultacja				

E. Kryteria progresji i monitorowania



Co będzie monitorowane?

.....



Kiedy zwiększyć obciążenie?

.....



Kiedy zmienić plan?

.....

Podsumowanie wizyty i monitorowanie zmian

Co wykonano, reakcja pacjenta i plan dalszej obserwacji

A. Podsumowanie bieżącej wizyty

Data:

.....

Numer wizyty:

.....

Cel wizyty:

.....

Najważniejszy temat:

B. Co wykonano

działanie / interwencja	obszar	dawka / czas	reakcja pacjenta	uwagi

C. Odpowiedź po wizycie

	pogorszenie	bez zmian	poprawa	uwagi
ból	☐	☐	☐	
ruch	☐	☐	☐	
funkcja	☐	☐	☐	
tolerancja obciążenia	☐	☐	☐	
pewność pacjenta	☐	☐	☐	

D. Zalecenia domowe

	zalecono	szczegóły	częstotliwość	uwagi
ćwiczenia	☐			
edukacja	☐			
ograniczenia / modyfikacje	☐			
objawy alarmowe do obserwacji	☐			

E. Monitorowanie zmian

co mierzyć	narzędzie	aktualny wynik	cel następnej wizyty

F. Plan kolejnej wizyty

Następne kroki:

Kontrola:

Skierowanie / konsultacja:

Najważniejsze ustalenia z wizyty w jednym miejscu

Nr wizyty:

Czas trwania:

⚠️ Jeżeli którekolwiek „Tak” w kolumnie Czerwone flagi / Neurologia / Skierowanie pilne → rozważ pilne skierowanie.

Obszar	Ruch / Zakres	Siła (0–5)	Testy kliniczne	Funkcja	Kwestionariusze / Skale
Szyja					
Kręgosłup					
Kończyna górna					
Kończyna dolna					
Inne uwagi					

Cele (krótko- i długoterminowe)	Interwencje wizyta	Zalecenia domowe	Monitorowanie

Inne: _____