

订单号：_____ 商品名称：_____

姓名 _____ 年龄 _____ 性别 _____

电话 _____ 邮箱 _____

收货地址 _____

发病时间 _____ 出院时间 _____

爱来奇

无动力源步行康复器

评定表

关于临床问题，请致电 400-8692-415。
注意：爱来奇不包括踝足矫形器。

从何途径了解到爱来奇： _____

临床及症状

请根据实际情况在 ☐ 中打“√”以便于我们可以针对性的制定适合您的康复计划。

一、手肌力

- | | |
|------------|--------------------------|
| | 是 |
| 1.正常 | ☐ |
| 2.不能紧握拳 | ☐ |
| 3.能屈指、不能伸 | ☐ |
| 4.屈指不能及掌 | ☐ |
| 5.指微动 | ☐ |
| 6.完全失去行动能力 | ☐ |

二、上肢肌

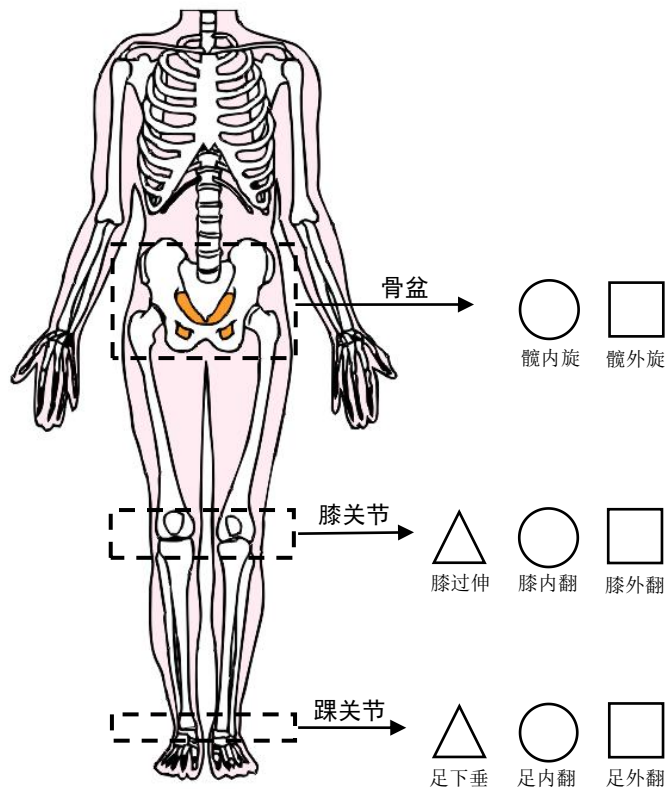
- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| | 是 |
| 1.正常 | ☐ |
| 2.不能抵抗外力 | ☐ |
| 3.抬臂高于肩 | ☐ |
| 4.平肩或以下 | ☐ |
| 5.上肢与躯干夹角 $>45^{\circ}$ | ☐ |
| 6.上肢与躯干夹角 $\leq 45^{\circ}$ | ☐ |

三、下肢肌力

- | | |
|---------------|--------------------------|
| | 是 |
| 1.正常 | ☐ |
| 2.不能抵抗外力 | ☐ |
| 3.抬腿向上，踝或指可动 | ☐ |
| 4.抬腿左右，踝或趾不能动 | ☐ |
| 5.抬腿离床不足 | ☐ |
| 6.水平移动不能抬高 | ☐ |

四、步行能力

- 是
- 1.正常行走 ☐
- 2.独立步行 5 米以上，跛行 ☐
- 3.独立步行，需扶杖 ☐
- 4.有人扶持下可以行走 ☐
- 5.自己站立，不能走 ☐
- 6.坐不需支持，但不能站立 ☐
- 7.卧床 ☐



临床及步态

一、步行周期

- 是
- 1.时相是否合理 ☐
- 2.左右是否对称 ☐
- 3.行进是否稳定和流畅 ☐

二、躯干

- 是
- 1.前屈或侧屈 ☐
- 2.扭转 ☐
- 3.摆动过度或不足 ☐

三、骨盆

- 是
- 1.前后倾斜 ☐
- 2.左右抬高 ☐
- 3.旋转或扭转 ☐

五、膝关节

- 是 否
- 1.摆动相是否可屈曲 ☐ ☐
- 2.支撑相是否可伸直 ☐ ☐
- 3.是否有膝过伸 ☐ ☐

六、足和踝关节

- 是 否
- 1.是否足跟着地 ☐ ☐
- 2.是否足趾离地 ☐ ☐
- 3.是否有足下垂、☐ ☐
足内翻、足外翻

