

**CÁC KHẢ NĂNG VỀ THỂ LỰC**

|                |           |                    |
|----------------|-----------|--------------------|
|                | TÊN HỒ SƠ | NGÀY               |
| TÊN BỆNH NHÂN: | SỐ HỒ SƠ  | SỐ AN SINH XÃ HỘI: |

Mẫu này nhằm mục đích để quyết định mức độ, nếu có, về tình trạng thể lực hiện tại nào của đương sự có thể sẽ có ảnh hưởng đến khả năng làm việc hoặc khả năng tham gia vào sinh hoạt của chương trình CalWORKs (chương trình của California tạo cơ hội về việc làm và trách nhiệm đối với con em). Xin nêu ra những vấn đề cụ thể liên quan đến sinh hoạt chỉ định của đương sự, nếu một sinh hoạt chỉ định được nêu ra dưới đây. Xin đính kèm thêm tài liệu, nếu cần.

Đương sự được chỉ định dự vào sinh hoạt: \_\_\_\_\_

*(Mô tả bản chất và số giờ của sinh hoạt thuộc chương trình CalWORKs)*

1. Trong 8 giờ làm việc một ngày, bệnh nhân có thể đứng/đi: *(Đánh dấu ✓)*  Không giới hạn

Số giờ cho một lần:

Tổng số giờ trong ngày:

 0 - 2     2 - 4     4 - 6     6 - 8

 0 - 2     2 - 4     4 - 6     6 - 8

Nhận xét:

1. Trong 8 giờ làm việc một ngày, bệnh nhân có thể ngồi: *(Đánh dấu ✓)*  Không giới hạn

Số giờ cho một lần:

Tổng số giờ trong ngày:

 0 - 2     2 - 4     4 - 6     6 - 8

 0 - 2     2 - 4     4 - 6     6 - 8

Nhận xét:

3. Bệnh nhân có bị giới hạn trong việc sử dụng tay/ngón tay để làm những động tác có tính cách lặp đi lặp lại không? *(Đánh dấu ✓)*  Không giới hạn

Nếu có, xin giải thích \_\_\_\_\_

4. Bệnh nhân có bị giới hạn trong việc sử dụng chân để làm những động tác có tính cách lặp đi lặp lại như điều khiển bộ phận đạp bằng chân không? *(Đánh dấu ✓)*  Không giới hạn

Nếu có, xin giải thích \_\_\_\_\_

5. Bệnh nhân có bị giới hạn bởi các yếu tố về môi trường, như nóng/lạnh, bụi bặm, độ ẩm, độ cao, v.v... không? *(Đánh dấu ✓)*  Không giới hạn

Nếu có, xin giải thích \_\_\_\_\_

## CÁC KHẢ NĂNG VỀ THỂ LỰC (TIẾP THEO)

6. Bệnh nhân có thể nhắc/khiêng: (Đánh dấu ✓)  Không giới hạn

| Trọng lượng tối đa<br>bảng cân Anh (lbs.)                    | 10                       | 15                       | 20                       | 25                       | 30                       | 35                       | 40                       | 45                       | 50                       | 55                       | 60                       | 65                       | 70                       | 75                       | 80+                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoàn toàn không  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thỉnh thoảng<br>(0 - 2.5 giờ cho<br>một ngày làm việc 8 giờ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thường xuyên<br>(0 - 5.5 giờ cho<br>một ngày làm việc 8 giờ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liên tục<br>(5.5 giờ hay hơn cho<br>một ngày làm việc 8 giờ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nhận xét: \_\_\_\_\_

7. Bệnh nhân có thể: (Đánh dấu ✓)  Không giới hạn

|  | <u>Hoàn toàn không</u> | <u>Thỉnh thoảng</u><br>(0 - 2.5 giờ cho<br>một ngày làm việc 8 giờ) | <u>Thường xuyên</u><br>(0 - 5.5 giờ cho<br>một ngày làm việc 8 giờ) | <u>Liên tục</u><br>(5.5 giờ hay hơn cho<br>một ngày làm việc 8 giờ) |
|--|------------------------|---|---|---|
|--|------------------------|---|---|---|

|                     |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leo trèo            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Giữ thăng bằng      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cúi gập người       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quỳ                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Co người            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bò                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Với tay             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dưới mức đầu gối    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Từ eo xuống đầu gối | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Từ eo đến ngực      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Từ ngực đến vai     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bên trên vai        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nhận xét: \_\_\_\_\_

8. Bệnh nhân có đang được điều trị và/hoặc đang dùng thuốc mà việc này có thể ảnh hưởng đến khả năng làm việc của đương sự không?: (Đánh dấu ✓)  CÓ  KHÔNG

Nếu Có, xin giải thích những giới hạn/ảnh hưởng: \_\_\_\_\_

9. Xin mô tả những giới hạn khác ảnh hưởng đến khả năng làm việc và/hoặc khả năng tham gia vào sinh hoạt học văn hóa/huấn nghệ chỉ định của cá nhân này và những sự trợ giúp cần thiết: \_\_\_\_\_

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ (HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH)

SỐ ĐIỆN THOẠI

NGÀY

( )

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ