

Physiotherapy Assessment

Date: / /201 **Physiotherapist:** _____
Date of intake: / /201 **Psychotherapist:** _____

- 1. Client's first name: _____
- 2. Gender: M F _____
- 3. Home country and home city? _____
- 4. Age? _____ years
- 5. Religion: _____
- 6. Ethnicity: _____
- 7. Education level: _____
- 8. Date of imprisonment: _____
- 9. Sentence: _____
- 10. Occupation: _____
- 11. Ex-occupation: _____
- 12. Marital status? _____
- 13. How many children do they have? _____

Chart Review and Prior Information:

History: _____

Hopkins Symptoms Checklist: _____

Harvard trauma questionnaire: _____

Psychiatric Treatment: _____

Risk (suicide, domestic violence, drug use, ect.): _____

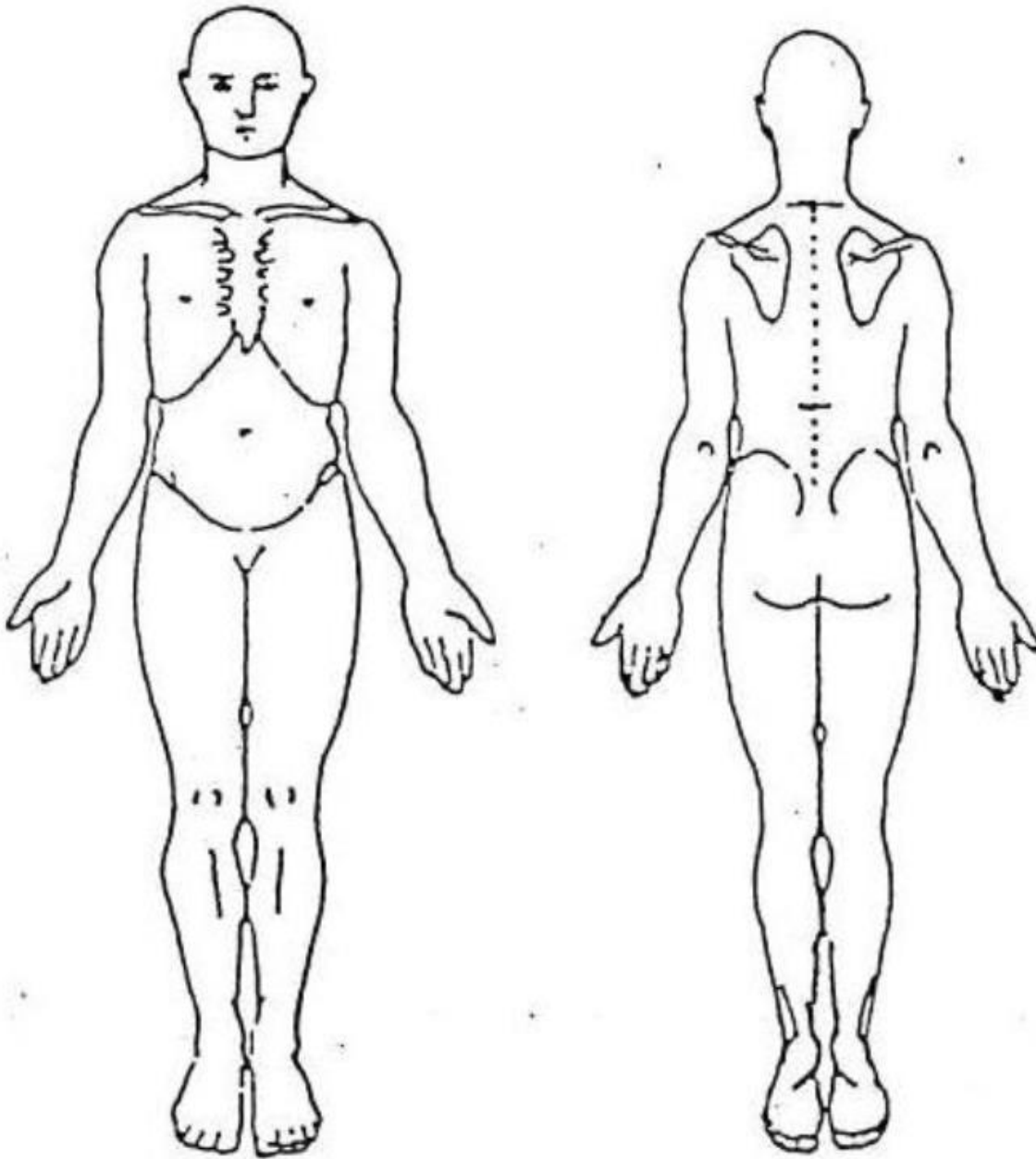
Potential Triggers: _____

- Primary torture survivor Sexual torture / gender-based violence Domestic Violence
- Secondary torture survivor War or organized violence (WOV) Other relevant: _____

Explain to Client:

- PT at WCHAN: interdisciplinary work with psychotherapists, Supervisor role
- Confidentiality
- Focus on self-management
- Purpose of assessment
- Verbal consent to assessment, permission to remove consent at any time

Physiotherapy Assessment



Instructions: Direct the client to shade and mark the body diagram. Encourage client to mark the diagram as independently as possible.

Shade the areas on your body where you have concerns (pain, discomfort, heaviness, numbness, etc.).

Physiotherapy Assessment

Psychosocial Factors:

Attitudes and Beliefs: _____

Compensation (external motivators): _____

Diagnosis: _____

Emotions: _____

Family: _____

Work: _____

Social support system, client's resources and strengths: _____

Client's treatment goals: _____

هەئسەنگاندنی چۆنیەتی خەو (PSQI)

پێنمایی: ئەو پرسیارانەى خوارەو پەيوەندیدارە بە بارودۆخى خەوى تۆو ئەماوەى مانگی رابردوودا، دەبیت وەلامەکانت بەشیوێهکی ورد هەموو لایەنەکانی خەوی تۆ بخاتە روو ئە رۆژو ئە شهودا - . تکایه هەموو پرسیارەکان وەلام بەدەرەوه.
ئەماوەى مانگی رابردوودا:

- 1- بەگشتی کەى (کاتژمێر چەند) دەچوێتە سەر جیگەى نوستنت؟

 - 2- هەموو شەویک ماوەى چەندی پێدەچوو (بە دەقیقە) تا خەوت لێدەکەوت؟

 - 3- بەگشتی بەیانیان کەى (کاتژمێر چەند) خەبەرت دەبۆو؟

 - 4- 1- هەر شەویک بەگشتی چەند کاتژمێر خەوت لیکەوتوو؟

- ب- بۆماوەى چەند کاتژمێر ئە سەر جیگاکەت ماوێتەوه؟

Physiotherapy Assessment

سۈن جارىن زياتر له ههفته يه كدا (3)	جاريك يان دوو جار له ههفته يه كدا (2)	كه متر له جاريك له ههفته يه كدا (1)	نه خيبر له مانگى رابردوودا (0)	5- له ماوهى مانگى رابردوودا، چەند جار خەوت ئى تىكچوووه بەهۇى:
				A. نەمتوانيوه خەوم ئىيكەويىت له ماوهى 30 دەقيقەدا
				B. له نيوه شهو دا يان له بەرەبەياندا خەبەرم بۆتەوه
				C. بيوست بووه هەستم و بچم بۆ تەواليىت
				D. نەمتوانيوه بە نىسراحت هەناسە بەدم
				E. كۆكەو پرخە پرخى بەرز خەوى تىكداوم
				F. هەستى سەرما
				G. هەستى گەرما
				H. خەوى ناخۆشەوه
				I. نازارەوه
				J. هۆكارى تر- . تىكايە باسى بکە چەند جار ئەو هۆكارانەى تر خەويان تىك داويىت.
				6- له ماوهى مانگى رابردوودا، چەند جار پەنات بردووه بۆ بەكار هينانى دەرمانى خەوا ئەگەر پزىشك بۆى نوسىبىت، يان هەر خۆت پەيدات كوردىت؟
				7- له ماوهى مانگى رابردوودا، چەند جار خەريك بووه خەوت ئىيكەويىت (وئەوزدان، خەوئوچكە) له كاتەكانى وەك: سەيارە ئىخوړين، نا نخواردن، يان له كاتى چلاگيەكانى ناو كۆمە لگا.
				8- له ماوهى مانگى رابردوودا، چەندگرفت بووه بۆت تابىتوانىت كاروبارى رۆژانەت بە تاقەتەوه جىبەجى- بگەيت؟
				9- له ماوهى ئەم مانگى رابردوودا، بەگشتى خەوت چۆن بووه؟
(3) زۆر خراپ	(2) كەمىك خراپ	(1) كەمىك باش	(0) زۆر باش	

دانانى نمرەكان و كۆكردنەوهيان:

- بەشى 1 : پرسىارى 9
- بەشى 2 : پرسىارى 2 بەم جۆرەيه: $15 \leq \text{خولەك} (0)$ ، $16-30$ خولەك (1) ، $30-60$ خولەك (2) ، >60 خولەك (3) ، پاشان كۆبكرىتەوه ئەگەن پرسىارى 5A
- ئەگەر ئە نجامە كۆكردنەوهكە يەكسان بوو سفر $0=0$ ، ئە 1 بۆ 2 ، ئە 3 بۆ 4 ، ئە 5 بۆ 6 ، ئە 6 بۆ 7 كاتزىمىر $0=$ نمرە ، ئە 6 بۆ 7 كاتزىمىر $1=$ ، ئە $5-6$ كاتزىمىر $2=$ ، كە متر ئە 5 كاتزىمىر $3=$
- بەشى 4 : تىكرای ژمارەى ئەو كاتزىمىرانەى كە خەوت ئىيكەوتوووه / (دابەشى) ژمارەى ئەو كاتزىمىرانەى كە ئە سەرچىگە بوويت $100 \times$ ئەگەر ئە نجامەكە ئە سەر 85% هوه بوو واتە $0=$ ئەگەر $84\%-75\%$ بوو واتە $1=$ ، $74\%-65\%$ واتە $2=$ ، ئە خوار $65\%=3$
- بەشى 5 : پرسىارى 5b بۆ $5-$: ئەگەر سەرجمى ژمارى ناو خانەكان $0=0$ ، $1-9$ بۆ $1=$ ، 10 بۆ $2=$ ، 19 بۆ $3=$
- ژمارە دانان بۆ پرسىارى 6 : هەمان نمرەكانى ناو خانەكەى خۆى ئە خستەكە دا دەنرىتەوه.
- بەشى 7 : نمرەكانى پرسىارى 7 كۆدەكرىتەوه ئەگەن نمرەكانى پرسىارى 8 بە م شىوويه دەبىت: $0=0$ ، $1-2=1$ ، 3 بۆ $4=2$ ، 5 بۆ $6=3$



كه واتە PSQI دەكاتە

بەرە نجامى هەموو بەشەكان كۆبكرەوه: $1+2+3+4+5+6+7$

ئەگەر سەرجمى ژمارەكان كوردیە 5 يان زياتر ، ئەوا نامازەيه بەوهى كە خەوى ئەو كەسە خراپە . پيشنيار بۆ ئەو كەسە ئەوهيه كە بارودۇخى خەوى ئەگەن چارەسازىكى تەندروستى باسبكات.

Physiotherapy Assessment

لیستی تایبەت بە نازاری گشت بەشەکانی جەستە (گیان نیشە) : بەشی یەكەم (CSI)

بەروار:

ناو:

تکایە گونجواترین وەلام هەبژێرە کە لە بەشی چەپ دیاری کراوە.

پرسیارەکان	هەرگیز (0)	بەدەگمەن (1)	هەندێجار (2)	زۆرجار (3)	هەمیشە (4)
1- کاتیەک لە خەو هەندەستم هەست دەکەم ماندووم و هیشتا ئیسراحتەم نەکردوو.					
2- هەست بە نازارو کرژۆ ماسولکەکانم دەکەم					
3- نۆرە ی دڵە راوکی (قە لەقی) م هەیە.					
4- دان لە یەکشاندن و دانە جێرم هەیە.					
5- کێشەم هەیە بە دەست سکیچوون و /یان قەبزی.					
6- پێوستم بە هاوکاری هەیە لە بەجیگە یاندنی کاری روزانەم					
7- بەروناکی بە تین و پرشنگدار هەستیارم.					
8- کاتیەک لە رووی جەستەو چلاکدەبم زۆر بە ناسانی ماندوو دەبم.					
9- هەست بە نازار دەکەم لە هەموو جەستەمدا.					
10- سەر نیشەم هەیە.					
11- هەست بە نارهەتی دەکەم لە مێژندا ئەمدا یان / و هەست بە کزانەو دەهەکەم لە کاتی مێژ کردندا.					
12- بە باشی ناخەوم					
13- کێشەم هەیە لە جەختکردنەوه (تەرکیژ کردن)					
14- کێشە ی پێستەم هەیە وەک. وشکیوونەوه ، خوران ، ئیر، هتد					
15- فشاری دەرونی وادەکات کێشە جەستەکانم خرا پتریبیت.					
16- هەست بە دلتەنگی و خەمۆکی دەکەم.					
17- وزەو تاقەتەم کەمە.					
18- ماسولکەکانی شان و مەلم کرژۆ توندن.					
19- نازاری شەویلگەکانم هەیە.					
20- هەندی بۆنی دیاریکراوی وەک مەتر توشی گێژبوون و دلتیک هەلاتەم دەکات					
21- زوو زوو پێوستم بە مێژ کردنە.					
22- شەوانە بەر لە نوستن هەست بە نارهەتی و بێنۆقرە ی لە قاچەکانمدا دەکەم.					
23- بە گرانی شتم بیر دەکەوینتەوه.					
24- لە مندا ئیدا توشی زەبری دەروونی هاتووم.					
25- لە ناوچە ی خەوزم نازارم هەیە.					
کۆی گشتی					
ئەنجام					

Physiotherapy Assessment

Medical History:

- 1: **Heart conditions** _____
 - 2: Heart attack _____
 - 3: Heart disease _____
 - 4: Heart failure _____
 - 5: Congenital heart disease _____
 - 6: Heart murmur _____
 - 7: **Hypertension** _____
 - 8: **High cholesterol** _____
 - 9: **Diabetes** _____
 - 10: **Stroke** _____
 - 11: **Seizures** _____
 - 12: **Cancer** _____
 - 13: **Respiratory/Lung conditions** _____
 - 14: Asthma _____
 - 15: Tuberculosis _____
 - 16: Emphysema _____
 - 17: Lung disease _____
 - 18: **Bone problems** _____
 - 19: Arthritis _____
 - 20: Osteoporosis _____
 - 21: **Stomach or intestinal conditions** _____
 - 22: Hernia _____
 - 23: Ulcer _____
 - 24: **Bladder and bowel conditions** _____
 - 25: IBS _____
 - 26: Kidney stones _____
 - 27: Bladder infections _____
 - 28: **Vascular/veins conditions** _____
 - 29: Varicose veins _____
 - 30: Blood clots _____
 - 31: **Allergies** _____
 - 32: **Hepatitis B** _____
 - 33: **Anemia** _____
 - 34: **Head injury (hit on head)** _____
 - 35: **Burns or wounds (acute)** _____
 - 36: **Fracture** _____
 - 37: **History of surgery** _____
 - 38: **Any additional conditions** _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Symptom checklist:

- 39. **History of falling** _____
 - 40. **Weight loss (unexplained)** _____
 - 41. **Ankle edema/swelling** _____
 - 42. **Swelling in hands** _____
 - 43. **Dizziness** _____
 - 44. **Fainting** _____
 - 45. **Chest pain** _____
 - 46. **Chest heaviness** _____
 - 47. **Shortness of breath** _____
 - 48. **Heart racing** _____
 - 49. **Palpitations (skips a beat)** _____
 - 50. **Stomach pain** _____
 - 51. Changes/concerns in sexual function** _____
 - 52. Anger, aggression and/or violence** _____
 - 53. Feeling like you can't control yourself** _____
 - 54. **Any additional complaints**
- _____
- _____
- _____

Details on Medical History and Symptoms:

Diagnostic tests:

Relevant family medical history:

Are you currently taking any medication(s)? Yes No

If yes:

What medication(s) and what is it for? _____

Who prescribed the medication(s)? _____

Notes (past medications, difficulty in access, frequency of use, etc.): _____

Physiotherapy Assessment

OBJECTIVE EXAMINATION: Posture; Functional Range of Motion Assessment; Functional Strength Assessment; Neurodynamic testing; Hyperalgesia; Allodynia; Fear and Avoidance behavior observed; Additional Focused Assessment as needed (eg. active and passive joint range of motion, manual muscle test, gait, dermatomes, myotomes, balance, reflexes)

Physiotherapy Assessment

پېۋانەى تواناى خودى گشتى (GSE) بەروار:

بە تەواوى (راستە 4)	تا رادەيەك (راستە 3)	بە دەگمەن (راستە 2)	بە هيچ شيوەيەك (راست نيه 1)	پرسپارەكان
				1- ھەموو كاتىك دەتوانم كيشە قورسەكان چارەسەر بىكەم نەگەر بە باشى ھەونى بۇ بىدەم.
				2- نەگەر كەسك دژايەتيم بىكات، رېگە چارە و ھۆكار دەدۆزمەو، بۇ بە دەست ھىنانى نەو شتانەى خۇم دەمەوئيت.
				3- بە ئاسانى دەتوانم پايەندىم بەمەبەستەكانمەو و ئامانجەكانم بەدەيەنم.
				4- دئنيام كە دەتوانم بە شيوەيەكى كارىگەر رووبە رووى روداوە چاوەروان نەكراوەكان بىمەو.
				5- سوپاس بۇ نەو ئىھاتووئەى ھەمە، دەزانم چۆن مامەنە نەگەن بارودۆخى پيشيىنى نەكراو بىكەم.
				6- دەتوانم زۆر كيشە چارەسەر بىكەم نەگەر تواناى خۇمى بۇ تەرخان بىكەم.
				7- دەتوانم خۇم بە نارامى رابگرم كە كيشەيەك بەرەوروم دەبىتەو چونكە دەتوانم پشت بە تواناى خۇگو نجاندىم بىستەم.
				8- كاتىك كيشەيەك بەرەو رووم دەبىتەو، بەگشتى دەتوانم چەند جۆرىك چارەسەرى بۇ بدۆزمەو.
				9- كاتىك دەكەومە ناو كيشەيەكەو بەگشتى دەتوانم بىر نە چارەسەر بىكەمەو.
				10- بەگشتى دەتوانم نەگەن ھەرشتىكدا ھەئىكەم كە دىتە رېم .
				كۆى گشتى
				نە نجام

كۆى گشتى نمرەكان برىتى دەبىت نە كۆكردنەوئى ھەموو نمرەكان ، بۇ پېۋانەى تواناى خودى گشتى تىكراى نمرەكان نە نيوان 10-
40 دا دەبىت، نەگەر نمرەكان ژماريەكى زۆر بوو ماناى نەوئەى تواناى خودى نە ئاستىكى بەرزدايە .

Assessment COMPLETE

Provided to Client:

- Summary of clinical presentation: _____
- Explanation of treatment plan and next steps: _____
- Pain Education: _____
- Relaxation exercise: _____
- Active exercise: _____

Physiotherapy Assessment
TREATMENT PLAN

Physiotherapy Problem List:

Type of predominant pain (circle what applies) None Nociceptive Neuropathic Central Sensitization

Circle which applies and provide details for any referral needs: Keep Keep and Refer Refer

Interdisciplinary team communication needs: _____

Circle which applies: Individual Group

If individual, document the following:

Planned interventions:

Short term goals:

If group, document the following:

Monitoring Needs:

Modification Needs:

Physiotherapy Assessment Physiotherapy Outcomes Record



Client Name:

Case Number:

FIRST

CSI	Total Score:	Date:
PSQI	Total Score:	
GSE	Total Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	

SECOND

CSI	Total Score:	Date:
PSQI	Total Score:	
GSE	Total Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	

THIRD

CSI	Total Score:	Date:
PSQI	Total Score:	
GSE	Total Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	
PSFS	Activity:	
	Score:	

هه لسه نگاندى چۆنيه تى خه و (PSQI)



سفر

۱

که متر له
جاریک له
هه فته یه کدا

۲

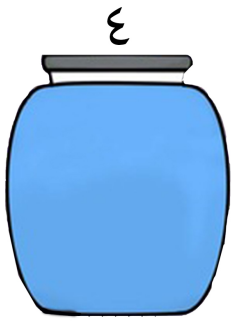
جاریک یان
دوو جار له
هه فته یه کدا

۳

سى جار
یان زیاتر له
هه فته یه کدا

نه خیر له
مانگی پاردوو

لیستی تایبەت بە ئازاری جەستە (CSI)



هەمیشە



زۆر جار



هەندێ جار

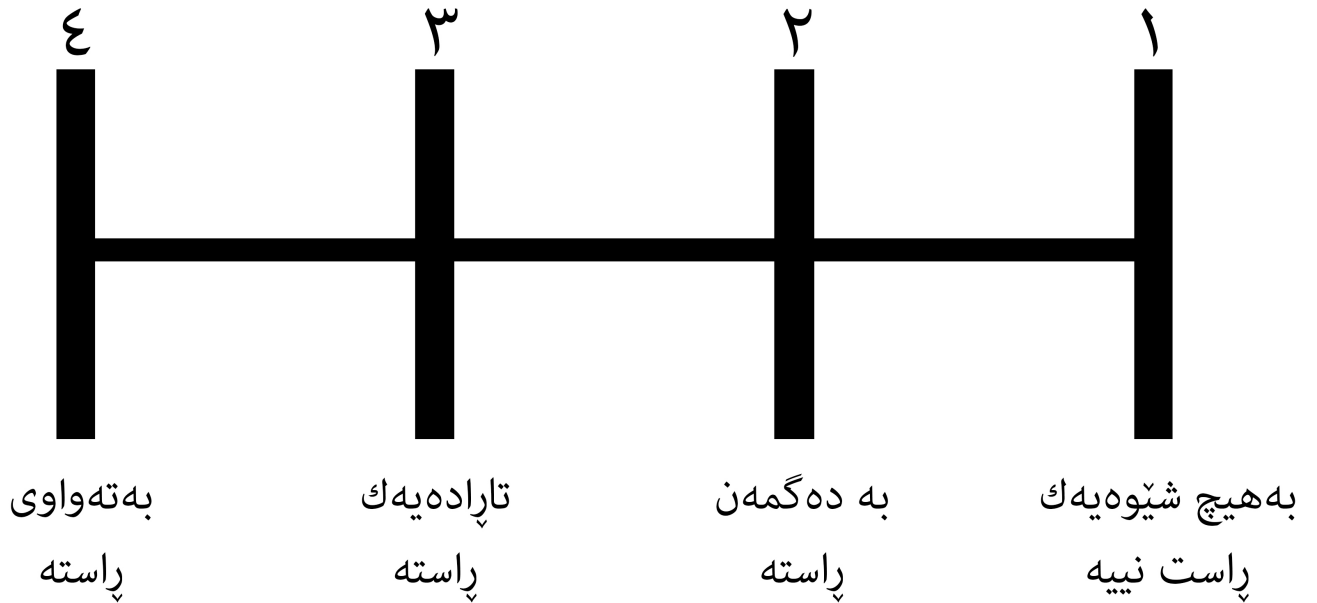


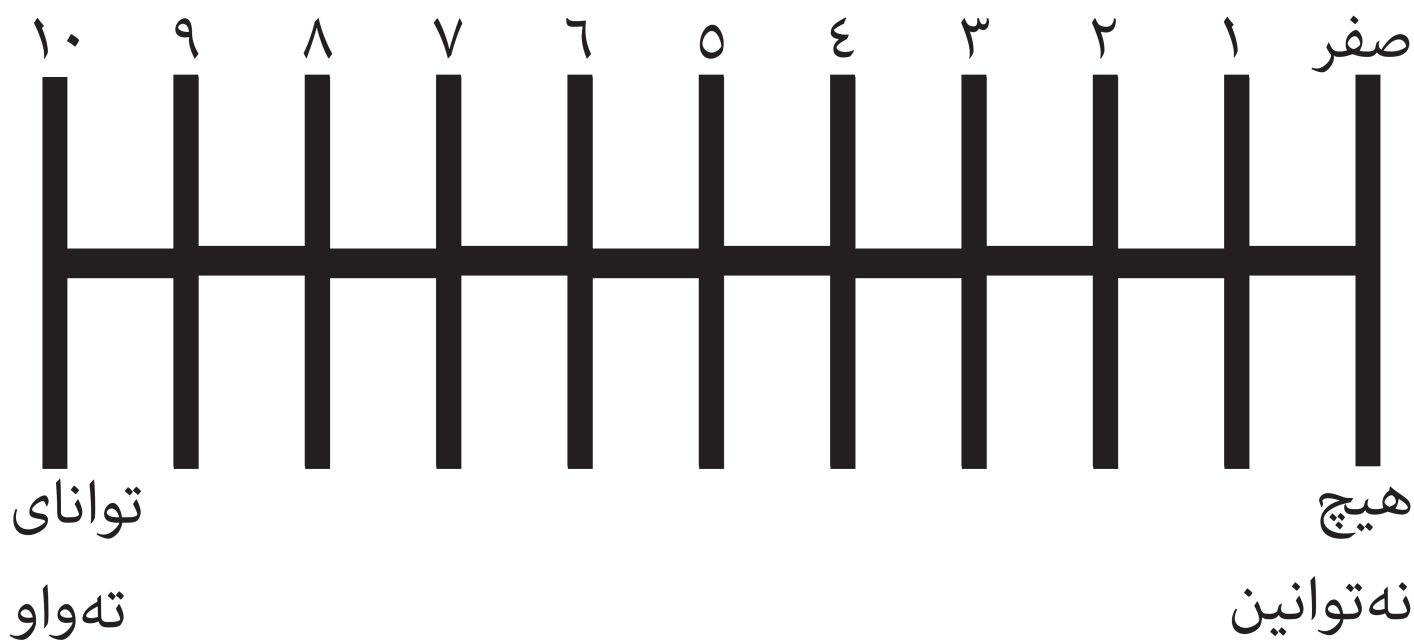
بە دەگمەن



هەرگیز

پۆوانه‌ی توانای خودی گشتی (GSE)





پیوه‌ری نه‌نجام دانی چالاکی