

## Příloha 1: Informovaný souhlas pacienta

### *Informovaný souhlas pacienta*

Název bakalářské práce (dále jen BP): Hodnocení výsledků reverzní endoprotézy ramenního kloubu v průběhu fyzioterapeutické intervence

Stručná anotace BP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP sdělované pacientovi):

Bakalářská práce se bude zabývat funkcí ramenního kloubu po implantaci reverzní endoprotézy v průběhu fyzioterapeutické intervence. Měření vybraných parametrů, jimiž jsou aktivní a pasivní pohyb do flexe, abdukce, vnitřní a vnější rotace v ramenním kloubu, Constant score a stanovení bolesti dle škály VAS při denních aktivitách, se bude provádět 4-6 týdnů po operaci, 3 a 6 měsíců po operaci. Do práce bude zahrnuto 8 pacientů, jejich data budou postupně sesbírána a v závěru statisticky zhodnocena.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP:

Príloha 2: Constant shoulder score (CSS)

**OUT-PATIENT CLINIC** **SHOULDER UNIT**  
**CONSTANT SCORE**

Patient's Details

Operation/Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Side: R L

Examination: Pre-op  
 3 months 6 months  
 1 year 2 years \_\_\_ years

**A.- Pain (/15): Average (1 + 2)**  **A**

1. Do you have pain in your shoulder (normal activities)?  
 No = 15 pts, Mild pain = 10 pts, Moderate = 5 pts, Severe or permanent = 0. \_\_\_\_\_

2. Linear scale:  
 If "0" means no pain and "15" is the maximum pain you can experience, please circle where is the level of pain of your shoulder. (Points given are inverse to the scale. E.g. level 5 in the scale means 10 points)

Level of pain:  \_\_\_\_\_  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15  
 Points: \_\_\_\_\_  
 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

**B.- Activities of daily living (/20) Total (1 + 2 + 3 + 4)**  **B**

- Is your occupation or daily living limited by your shoulder?  
 No = 4, Moderate limitation = 2, Severe limitation = 0 \_\_\_\_\_
- Are your leisure and recreational activities limited by your shoulder?  
 No = 4, Moderate limitation = 2, Severe limitation = 0 \_\_\_\_\_
- Is your night sleep disturbed by your shoulder?  
 No = 2, Sometimes = 1, Yes = 0 \_\_\_\_\_
- State to what level you can use your arm for painless, reasonably activities.  
 Waist = 2, Xiphoid (sternum) = 4, Neck = 6, Head = 8, Above head = 10 \_\_\_\_\_

**C.- Range of movement** (leave this for the doctor or physiotherapist) **(/40): Total (1 + 2 + 3 + 4)**  **C**

<b>1.- FWD Flexion:</b>	0 - 30	0 pts	<b>2.- Abduction:</b>	0 - 30
_____	31 - 60	2 pts	_____	31 - 60
	61 - 90	4 pts		61 - 90
	91 - 120	6 pts		91 - 120
	121 - 150	8 pts		121 - 150
	> 150	10 pts		> 150
<b>3.- External Rotation:</b>	_____		<b>4.- Internal Rotation:</b> (Dorsum hand to)	_____
Hand behind head & elbow forward	2		Thigh	0
Hand behind head & elbow back	4		Buttock	2
Hand above head & elbow forward	6		SI joint	4
Hand above head & elbow back	8		Waist	6
Full elevation of arm	10		T12	8
			Between shoulder blades	10

**D.- Power (/25): Points: average (kg) x 2 =**  **D**

First pull: Second pull: Third pull: Fourth pull: Fifth pull:  
 Average pulls: \_\_\_\_\_

**TOTAL (/100): A + B + C + D**

## Příloha 3: Shoulder pain and disability index (SPADI)

# SHOULDER PAIN AND DISABILITY INDEX (SPADI)



Please place a mark on the line that best represents your experience during the last week attributable to your shoulder problem.

### PAIN SCALE

How severe is your pain?

Circle the number that best describes your pain where: 0 = no pain and 10 = the worst pain imaginable.

At its worst?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
When lying on the involved side?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reaching for something on a high shelf?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Touching the back of your neck?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pushing with the involved arm?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### DISABILITY SCALE

How much difficulty do you have?

Circle the number that best describes your experience where: 0 = no difficulty and 10 = so difficult it requires help.

Washing your hair?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Washing your back?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Putting on an undershirt or jumper?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Putting on a shirt that buttons down the front?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Putting on your pants?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Placing an object on a high shelf?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carrying a heavy object of 10 pounds (4.5 kg)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Removing something from your back pocket?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10