**国家康复辅具研究中心附属康复医院矫形外科**

**脊 脊柱裂与脊髓栓系后遗下肢畸形检查表**

X光号

住院号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： 性别： 父母名： 年龄： 岁 民族： 胎次： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻： 入院日期： 供史者： 职业： 文化程度： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族史： 腰部手术史： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 矫形手术史： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手机号码： QQ/微信/E-mail： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检：智力 发育 营养 专科检查 照 录像 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肌 力 | | 左 | 右 | 肌 力 | | 左 | 右 | | 肌 力 | 左 | | 右 | 肌 力 | | 左 | 右 |
| 伸拇长肌 | |  |  | 腓骨长短肌 | |  |  | | 半腱半膜肌 |  | |  | 腹肌 | |  |  |
| 伸趾总肌 | |  |  | 胫前肌 | |  |  | | 股薄肌 |  | |  | 阔筋膜张肌 | |  |  |
| 屈拇长肌 | |  |  | 胫后肌 | |  |  | | 股内收肌 |  | |  | 臀中肌 | |  |  |
| 屈趾总肌 | |  |  | 股四头肌 | |  |  | | 缝匠肌 |  | |  | 臀大肌 | |  |  |
| 小腿三头肌 | |  |  | 股二头肌 | |  |  | | 髂腰肌 |  | |  | 骶棘肌 | |  |  |
| 下肢长度 | 左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ | | | | 股骨长度 | | | 左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ | | | 胫骨长度 | | | 左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ | | |
| 脊柱畸形： 背部皮肤膨出物及程度 有/无毛发 部位： 面积： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脊椎裂部位 T椎 L ~L L5~S1 双/左/右髋关节脱位或髋臼发育不良 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下肢畸形：髋 膝  足踝 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X-Ray： 疼痛： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行走功能指数 0 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ 步态： 行走距离： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 左 左  感觉障碍: 膝以下 踝以下 足底 足部溃疡： 有 无  右 右 右 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大便：正常 大部分控制 中度失控 完全失控  小便：正常 大部分控制 中度失控 完全失控 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诊断： 术次： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗目标： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗方案： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外固定种类：Ilizarov 组合式 内固定：空心钉 钢板 松质骨条 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻醉方式： 是否配矫形器 备注 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |