

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ**

 **= APROBAT =**

Director IMSP Institutul de Medicină Urgentă
Diana MANEA
Noiembrie 2025

**Protocol Clinic Instituțional
RECUPERAREA PACIENȚILOR
CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL
ISCHEMIC ACUT**

CHIȘINĂU, 2025

Aprobat de către Consiliul științific și Consiliul Calității din cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

Aprobat prin ordinul IMSP Institutul de Medicină Urgentă nr.182 din 17.11.2025 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic instituțional „Recuperarea pacienților cu accident vascular cerebral ischemic acut”.

Acest Protocol Clinic Instituțional a fost elaborat de grupul de lucru din cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă, în baza Protocolului Clinic Național – nr. 13 „Accidentul vascular cerebral ischemic acut”.

Nume, prenume	Subdiviziunea, funcția
Samotiuc Elena	Medic neuroreabilitolog, dr.șt.med., asistent universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Manea Diana	Doctor neurolog, Director, IMSP Institutul de Medicină Urgentă
Crivorucica Igor	Doctor neurolog, Șef secție neurologie BCV
Pîrțac Ion	Kinetoterapeut

PARTEA INTRODUCATIVĂ

Accidentul vascular cerebral (AVC) se produce cand alimentarea unei zone din creier este intrerupta sau redusa, impiedicand tesutul cerebral sa primeasca oxigen si substante nutritive. AVC-ul reprezinta principala cauză de dezabilitate care necesită recuperare individualizată fiecărui caz în parte. Intervenția timpurie poate reduce afectarea și poate preveni alte complicații. Pornind de la restricțiile pe care le impune deficitul de mișcare și în special de la hipokinezie, care provoacă în organism un șir de dereglări. Limitarea activității musculare, legate de regimul strict la pat, duce la dereglarea în organism a proceselor de schimb, inclusiv a metabolismului apei și electroliților, a celui azotic, în procesul căruia, pe fundalul scăderii masei corporale, se dezvoltă atrofia spontană a musculaturii și se dereglează bilanțul hormonal, apar modificări în circulația sanguină, reacțiile somatice ale organismului sunt reprezentate de modificările tonusului și ale contracțiilor musculare.

O parte dintre persoanele cu AVC au deficiențe de mișcare, iar datorită menținerii regimului de pat cu implicarea neînsemnată a activităților motrice, odată cu dereglările funcționale, legate de patologie, se pot dezvolta modificări, condiționate de hipokinezie, precum scăderea capacității de activitate a sistemului nervos central, sistemului muscular, osteoarticular, cardiovascular, respirator, digestiv, endocrin, care, într-o măsură oarecare, complică procesul de evoluție a patologiei prin scăderea capacității funcționale a sistemelor organismului. De menționat faptul că activizarea din faza acută a AVC-ului ischemic are și efect de diminuare sau profilaxie a complicațiilor provocate de imobilizare. Astfel, protocoalele actuale de reabilitare a persoanelor cu AVC, sunt direcționate spre mobilizare precoce și anume după ce persoana o poate tolera. Majoritatea persoanelor cu AVC acut suferă de complicații secundare, dintre care majoritatea sunt considerate că apar în rezultatul imobilității.

Mobilizarea din faza acută și exercițiile de respirație sunt recomandate deoarece susțin unele funcții precum aprovizionarea mai bună cu oxigen a creierului, care crește activitatea neuronală, profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale, diminuarea edemului cerebral și edemului periferic. Acestea mai susțin și profilaxia tromboemboliei pulmonare și în venele profunde, a spasticității, totodată escarele fiind și ele prevenite. Și nu în ultimul rând este

influențată musculatura și integritatea articulației, care au impact direct asupra corectitudinii posturale ce contribuie și la profilaxia pneumoniei de stază. Complicațiile enumerate frânează derularea procesului de recuperare a persoanelor cu AVC, astfel mobilizarea din faza acută și exercițiile de respirație contribuie la optimizarea acestui proces.

PARTEA DE BAZĂ

Programul conține gimnastică respiratorie, posturări, întinderi, mobilizări pasive, ortezare totodată, au fost selectate și elemente din facilitarea neuro-proprioceptivă și alte abordări realizate de către Bobath, Brunnstrom și Rood.

Programul de recuperare a fost divizat în 5 etape:

I Susținerea funcțiilor vitale;

II Reabilitarea funcției de autoposturare în decubit;

III Ridicarea la marginea patului;

IV Ortostatismul;

V Mersul.

Pentru fiecare etapă de recuperare a fost stabilit conținutul programului de kinetoterapie în conformitate cu starea persoanelor la etapa la care se află aceștia, iar ședința a fost proiectată pentru o durată de 30min.

Cele cinci stadii de educație, au la bază un set de conținuturi educaționale bine structurate și dozate în așa mod în cât persoanele cu AVC ischemic acut să le poată suporta, însă trebuie de apreciat individual starea de moment a fiecărui pacient și etapa la care corespunde aceasta (Tabelul 1.). Dozarea conținuturilor educaționale în procesul de recuperare prin kinetoterapie este prezentată pe minute, iar pentru fiecare etapă de reabilitare a fost selectat un complex de conținuturi educaționale (Anexele 1-5). În prima etapă de recuperare, exercițiile de respirație domină (ca timp) procedura de recuperare. Din cele 30', care formează o procedură, 12' constituie exercițiile de respirație. Procedura a inclus și exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea membrului superior (MS) paretic (9'), precum și exerciții ce induc stabilitatea și mobilitatea membrului inferior (MI) paretic (9'). În a doua etapă, exercițiile de respirație rămân a fi unele predominante (7'), însă mai mult timp se acordă exercițiilor ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic (7'), precum și exercițiilor ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea MI paretic (7'). Accentul se pune și pe exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi (7'), iar la această etapă cel mai puțin timp se acordă exercițiilor ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în întregul hemicorp paretic (2').

Etapă a treia se caracterizează ca fiind una de intensificare a activității fizice, inclusiv și prin schimbarea posturii din decubit în șezând. Această etapă se formează din exerciții de respirație, însă doar 3'. Cel mai mult timp din procedură se acordă exercițiilor ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea MS paretic (7') și exercițiilor ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi (6'). Un volum impunător de timp se rezervă și exercițiilor ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic (6'), urmate de exercițiile ce cresc capacitatea de a menține echilibrul trunchiului în poziția așezat (4') și exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în întregul hemicorp paretic (4').

Exercițiile de respirație în etapa a patra ocupă un volum mai mare de timp decât în etapa a treia (4'), deoarece crește volumul efortului fizic, fapt ce a impus alternarea acestuia cu mai multe exerciții de respirație, care va conduce la evitarea suprasolicitării. Scade însă timpul acordat pentru exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea MS paretic (6'), deoarece la această etapă se mai includ și alte conținuturi educaționale precum tehnici ce formează etapele deprinderii motrice,

direcționate spre menținerea echilibrului static și dinamic și dezvoltarea capacității de coordonare, precum și pentru dezvoltare capacității de coordonare, cărora le revin cel mai mult timp din programul de recuperare la această etapă (1'). Timp în scădere se atestă și la exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea MI paretic (3') (datorită implicării MI și în alte exerciții), la exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpus paretic (2') și la exercițiile ce cresc capacitatea de a menține echilibrul trunchiului în poziția așezat (2'). Scăderi mai mari însă se observă la exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi, unde de la 6', în etapa a treia, scade la 2', în etapa a patra.

Tabelul 1. Programul de recuperare divizat pe etape și timp

Conținuturile educaționale și scopurile lor	Divizarea pe etape și minute				
	Etapa I	Etapa II	Etapa III	Etapa IV	Etapa V
Exerciții de respirație	12'	7'	3'	4'	2'
Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic	9'	7'	7'	6'	6'
Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic	9'	7'	6'	3'	2'
Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi	-	7'	6'	2'	2'
Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpus paretic	-	2'	4'	2'	2'
Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține echilibrul trunchiului în poziția așezat	-	-	4'	2'	0'
Tehnici ce formează etapele deprinderii motrice, direcționate spre menținerea echilibrului static, dinamic și dezvoltarea capacității de coordonare	-	-	-	11'	6'
Variații de mers	-	-	-	-	10'
În total minute	30'	30'	30'	30'	30'

În etapa a cincea, procedura de recuperare include același volum de timp ca și în etapa precedentă, la exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea MS paretic (6'), la exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi (2') și la exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpus paretic (2'). Celelalte conținuturi educaționale înregistrează o scădere a timpului, dintre care exercițiile ce cresc capacitatea de a menține echilibrul trunchiului în poziția așezat, cărora în etapa a patra li se acordă 2', iar la această etapă nu se execută. În etapa a cincea, simultan cu conținuturile educaționale enumerate în programele etapelor I-IV, sunt incluse variațiile de mers (10'), cărora li se acordă cel mai mult timp. Reducerea volumului de timp la majoritatea conținuturilor educaționale din această etapă au la bază, în mare parte, procesul de însușire a obiectivelor propuse spre obținere prin intermediul acestora. Procesul de recuperare începe odată cu internarea persoanei și anume prin posturare, deoarece poziționarea persoanei în pat are o deosebită importanță. Ea trebuie să fie posturată în așa mod, încât abordarea ei și obiectele din salon să fie din partea hemicorpusului lezat, deoarece astfel persoana este predispusă la contracția musculaturii afectate. Membrele hemiplegice trebuie poziționate cât mai firesc și cu eliberarea de presiune a zonelor predispuse la escare precum călcâiele, regiunea sacrală, prin

folosirea diverselor dispozitive, care reduc și distribuie greutatea corporală. Cele mai răspândite sunt saltelele pneumatice speciale, colacii cu aer, pernele cu aer sub presiune și pernele de poziționare. Cu toate acestea, oricum se recomandă modificarea posturii o dată la 90-120 min., cu atenție deosebită, pentru a evita orice frecare sau presiune excesivă în așa fel, încât zonele supuse compresiunii să se alterneze.

Se recomandă patru posturi de bază:

- decubit dorsal;
- decubit lateral pe hemicorpul nonparetic;
- decubit lateral pe hemicorpul paretic;
- în șezând.

Decubit dorsal (Figura 1.):



Fig. 1. Decubit dorsal

În acesta postură poziția capului și trunchiului trebuie aranjate în semiflexie spre partea sănătoasă, urmărinduse elongarea musculaturii afectate. MS trebuie aranjat pe un suport ce va permite poziționarea omoplatului în sus și totodată în protrakție (acest efect poate fi obținut prin amplasarea unei perne sub umărul afectat), brațul în abducție, articulația cotului în ușoară extensie, iar poziția antebrăului să fie în pronație.

MI trebuie aranjat în poziția neutră, în care se va evita rotația externă prin aplicarea unui suport extern ce va menține poziția, totodată sub pelvis se recomandă de pus o pernă pentru obținerea poziției de protrakție, genunchiul trebuie poziționat în ușoară flexie, iar piciorul să fie menținut în poziție de dorsiflexie. Posturarea persoanei în decubit dorsal se recomandă mai puțin practică, deoarece în această poziție se facilitează apariția spasticității în musculatura hemiparetică/hemiplegică ce execută mișcările de extensie. Pentru a ilustra cele menționate, prezentăm mai jos o imagine ce caracterizează particularitățile acestei posturi.

Decubit lateral pe hemicorpul nonparetic (Figura 2.):



Fig. 2. Decubit lateral pe hemicorpul nonparetic

Dedesubt la cutia toracică se aranjează un sul recomandabil de dimensiuni mici, cu scopul de a obține un efect de elongare a părții hemiplegice, umărul se recomandă să fie poziționat în protrakție cu brațul în flexie care deasemenea va fi susținut de un sul, cotul va fi poziționat în extensie, ce va avea antebrațul amplasat într-o poziție neutră, iar partea inferioară a corpului va fi poziționată astfel încât pelvisul să fie în protrakție cu articulația genunchiului în semiflexie pe un sul, iar șoldul poziționat comod în rotație neutră, care va fi obținută prin aplicarea unui sul dedesubtul MS afectat. Pentru a ilustra cele menționate, prezentăm o imagine ce caracterizează particularitățile acestei posturi.

Decubitul lateral pe hemicorpul paretic (Figura 3.): Posturarea hemiplegicului în decubitul lateral pe hemicorpul paretic, cel mai frecvent nu este ușor de suportat, însă aceasta este foarte importantă, deoarece induce un efect de profilaxie a spasticității musculaturii flexorii. În acest tip de posturare umărul va fi poziționat în protrakție, cotul ușor în extensie cu antebrațul în supinație, iar partea inferioară a corpului va fi poziționată astfel încât șoldul să fie în flexie coxofemorală, genunchiul în flexie, iar poziția bazinului în protrakție, MI sănătos va fi aranjat în flexie, poziție obținută prin amplasarea unui sul între articulația gleznei și genunchiului. Pentru a ilustra cele menționate, prezentăm mai jos o imagine ce caracterizează particularitățile acestei posturi.



Fig. 3. Decubit lateral pe hemicorpul paretic

În șezând: această postură reprezintă etapa ce se caracterizează prin mărirea efortului inclusiv a celui asupra sistemul cardiovascular și respirator. Adaptarea persoanei la această postură

va fi treptată, astfel încât ridicarea unghiului va fi concordată cu reacția individuală a fiecăruia în parte, care va fi influențată în mare parte de variațiile tensiunii arteriale.

Persoana trebuie să fie poziționat în așa fel încât trunchiul și respectiv capul să fie amplasat direct pe linia mediană, încercând astfel să repartizăm egal presiunea pe fese, iar articulațiile coxofemorale și genunchilor trebuie poziționate în flexie de aproximativ 90 de grade. MS afectat se recomandă a fi poziționat pe un sul cu o înălțime ce va permite poziționarea cotului în flexie de aproximativ 90 de grade, în așa mod încât mâna și falangele să fie cât mai funcțional poziționate. În cazul în care totuși nu este posibilă poziționarea corectă a corpului se recomandă aranjarea unui sul retroscapular și/sau a bazinului.

Etapă posturării în șezând și în special pe scaunul cu roțile susține creșterea posibilității de interacțiune a persoanei cu mediul înconjurător și, totodată, favorizează o mai bună respirație și deglutiție a acestora. Posturarea corectă are o importanță deosebită, deoarece aceasta poate asigura persoanei confortul necesar pentru a suporta această postură mai ușor și pentru a oferi posibilitatea de a se concentra la mediul înconjurător și nu la disconfortul pe care îl provoacă această postură. La posturarea în decubit se recomandă o atenție sporită asupra poziționării MS lezat, care va fi aranjat astfel, încât mâna să fie amplasată mai sus decât antebrațul, iar antebrațul la rândul său mai sus decât umărul, diminuându-se astfel una din complicațiile des întâlnite – edemul de stază. La poziționarea persoanei în șezând, membrul superior nu trebuie poziționat după principiul prezentat mai sus.

Pentru a ilustra cele menționate, prezentăm mai jos o imagine ce caracterizează particularitățile acestei posturi (Figura 4.).



A

B

Fig 4. În șezând la marginea patului (A) și în scaunul cu roțile (B)

Pentru a poziționa corect MI hemiplegic se recomandă evitarea amplasării acestuia în rotație externă și desigur de evitat flexia plantară, deoarece aceste posturi au efect de predispunere la apariția piciorului equin.

Pentru fiecare etapă de reabilitare a fost selectat un complex de conținuturi educaționale (Anexele 1-5), conceptul cărora a fost prezentat în cadrul tezei proprii de masterat și publicat în

revistă științifică, într-un articol. Aceste conținuturi au la bază o serie de tehnici, de metode și de concepte, precum gimnastica respiratorie, posturări, întinderi, mobilizări pasive, ortezare și, totodată, au fost selectate elemente din facilitarea neuro-proprioceptivă și alte abordări realizate de către Bobath, Brunnstrom și Rood.

Exercițiile de respirație au o acțiune vastă, însă în prim-plan asigură aprovizionarea mai bună cu oxigen a creierului, care sporește activitatea neuronală, profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale, diminuarea edemului cerebral și profilaxia pneumoniei. Totodată, reglarea și coordonarea mișcărilor corpului cu respirația, menținute ritmic pe parcursul procesului de recuperare, are un impact important asupra calității procesului de recuperare. Inspirația se efectuează pe nas, iar expirația pe gură și este mai îndelungată decât inspirația. Exercițiile ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic, sunt selectate cu grad diferit de dificultate, fapt care permite posibilitatea de a adapta programul de reabilitare în conformitate cu deficitul pe care îl prezintă persoana la diferite etape de recuperare. Aceste exerciții promovează restabilirea funcțiilor ce implică, în mare parte, activitățile de zi cu zi, de care suferă majoritatea persoanelor cu AVC.

Exercițiile ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic, conțin în mare parte elemente ce se execută din decubit, deoarece MI este implicat și în alte exerciții care prevăd diferite posturi statice și/sau dinamice.

Pentru MS și MI se recomandă inițierea exercițiilor începând cu porțiunea proximală, iar treptat să se treacă la exerciții ce implică porțiunea distală (de prehensiune și manipulare, în cazul MS). Pentru a menține în normă senzațiile kinestezice și totodată mobilitatea în articulațiile angrenate în mișcare, mobilizările trebuie efectuate în tempou lent și pe segmente de membre. Totodată, mișcărilor efectuate la anumite intervale de timp contribuie la diminuarea presiunii pe masa musculară și pe nervi, astfel evitându-se apariția ischemiei locale, edemelor și totodată riscului de ulceratii, tulburări trofice și escare. În compartimentul destinat pentru exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi, se pune accent pe pregătirea persoanei de a executa corecții ale posturii statice și dinamice ale corpului. Astfel, persoana deține controlul în timpul activităților de zi cu zi și nu numai.

Exercițiile ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpul paretic, implică în mare parte elementele de pregătire și efectuare a transferurilor corpului și modificării posturii care permit un grad mai mare de individualitate a persoanei. Dezvoltarea echilibrului se face prin exerciții din două posturi de bază: șezând și ortostatism, care au o deosebită importanță deoarece astfel, persoana recapătă abilitatea de a menține sau de a mișca corpul în diferite acțiuni, care pot să-l aducă pe acesta chiar și la limita de stabilitate, însă fără a cădea. Astfel, persoana are posibilitatea de a iniția și de a executa o gamă mai mare de mișcări și, totodată, îi permite trecerea acestuia în următoarea etapă.

În cadrul ortostatismului trebuie de atras atenția asupra prevenirii subluxațiilor MS, astfel membrul se fixează într-un bandaj ce permite menținerea brațului și, în special, a capului humeral în poziția anatomică corectă.

Pentru a forma paternul corect de mers, trebuie de aplicat învățarea pe etape, în care se recomandă de pus accent mai întâi pe exerciții de echilibru, după care se inițiază mersul, indiferent dacă este sau nu controlul mișcării în articulația genunchiului. În cazul în care mișcare nu este controlată, kinetoterapeutul trebuie să susțină mișcarea în genunchi cu propriile MI. Compartimentul variații de mers conține un complex de exerciții ce implică un grad diferit de dificultate ce variază în dependență de necesitate.

Toate exercițiile trebuie efectuate cu participarea directă a kinetoterapeutului, el acordând ajutor total sau parțial, în funcție de gradul de deficit al persoanei și de dificultatea exercițiului.

Programul de kinetoterapie axat pe exerciții fizice pentru etapa I (Susținerea funcțiilor vitale)

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Introdactivă: 5-7min	Persoana va fi capabilă:	Anunțarea scopurilor și obiectivelor sesiunii <i>Exerciții de respirație</i>	~1min	
	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație toracică și abdominală concomitentă. 2. Expirație concomitentă.	6 ori	Se execută în tempou moderat.
	Să coordoneze mișcarea cu respirația	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț. 1. Umărul sus, inspirație; 2. Umărul jos, expirație.	8 ori	Se execută cu participarea ideomotrică a persoanei și stimulare verbală continuă.
	Să efectueze mișcări în articulația umărului	P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț menținând MS afectat anterior. 1. Anteducția umărului și MS. 2. P.I. P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț, iar antebratul va fi menținut cu brațul MS care face priza pe braț. Executarea mobilizării pasive a umărului în diferite direcții.	8 ori 1min	Anteducția se va face maximal din priza de pe umăr. Atenție la amplituda de mobilizare.
Fundamentală: 22-24		<i>Exerciții de respirație</i>		
	Să influențeze profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale	P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație de 30%. 2. Expirație. 3. Inspirație de 60%. 4. Expirație. 5. Inspirație de 90-100%. 6. Expirație. P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație. 2. Expirație cu pronunțarea literei „A” în continuu, iar la finalul expirației se va pronunța litera „M” în continuu.	4 ori 4 ori	Se va explica metoda de executare, iar la necesitate se va demonstra. Pronunțarea să sune: „AAAAA” și „MMMM”.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să efectueze mișcări de rotație internă și externă în articulația umărului	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit dorsal, cotul afectat în flexie de 90°. 1. Rotație externă; 2. Rotație internă.	10 ori	Rotația externă nu se execută în amplitudine deplină.
	Să efectueze mișcări în articulația cotului	P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MS afectat în cot, cu ciocănirea bicepsului aceluiași MS. 2. Extensia cotului. P.I. Decubit. 1. Flexia cotului cu supinația antebrăului; 2. Extensia lui cu pronația antebrăului.	8 ori 8 ori	Ciocănirea se efectuează cu vârfurile falangelor MS. Se ghidează verbal.
	Să influențeze profilaxia pneumoniei	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație în trei reprize. 2. Expirație fără reprize.	6 ori	Se execută lent și se respectă reprizele inspirației.
	Să efectueze mișcări în articulația carpiană și articulațiile falangiene	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit. 1. Abducția pumnului; 2. Adducția lui. P.I. Decubit. 1. Flexia pumnului; 2. Extensia lui. P.I. Decubit. 1. Flexia falangelor MS; 2. Extensia lor.	8 ori 8 ori 8 ori	În timpul executării se evită compresia mușchilor și tendoanelor ce participă la mișcare. Când extensia este limitată se execută flexia pumnului care va facilita prelungirea extensiei.
	Să reducă riscul de embolie pulmonară	P.I. Decubit dorsal, anterior atârna un balon. 1. Inspirație. 2. Expirație prin care să fie mișcat balonul. P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație toracică și abdominală concomitentă. 2. Expirație concomitentă.	6 ori 4 ori	Se modifică amplasarea balonului. Se execută în tempou moderat.

Etapale și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24		<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal, Kinetoterapeutul, cu priză pe porțiunea proximală a gambei și pe planta MI afectat. 1. Flexia MI afectat; 2. Extensia lui. P.I. Decubit dorsal, MI afectat în flexia genunchiului de 90°. 1. Flexia MI intact în coxofemural; 2. P.I. P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MI afectat în genunchi; 2. Extensia MI afectat concomitent flexia MI intact; 3. P.I. P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul cu priză pe falangele MI afectat. În momentul inițierii flexiei de genunchi a MI afectat, falangele se apasă brusc în flexie plantară.	10 ori 10 ori 10 ori 10 ori	Se exectează pasiv/pasivo-activ/activ/activ cu rezistență, în temp-ou lent. Se efectuează în tempou lent. Inițierea extensiei MI afectat să coincidă cu momentul de inițiere a flexiei MI intact. Apăsarea se efectiază în limita amplitudei de mișcare anatomică.
	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație de 30%. 2. Expirație. 3. Inspirație de 60%. 4. Expirație. 5. Inspirație de 90-100%. 6. Expirație. P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație. 2. Expirație cu pronunțarea literei „A” în continuu, iar la finalul expirației se va pronunța litera „M” în continuu.	4 ori 4 ori	Se va explica metoda de executare, iar la necesitate se va demonstra. Pronunțarea să sune: „AAAAA” și „MMMM”.
	Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și articulația genunchiului	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal, MI menținut în flexie coxofemurală. 1. Flexia în genunchi; 2. Extensia în genunchi.	8 ori	Fixăm bine coapsa și o menținem în P.I. până la terminarea execuției.

**Programul de kinetoterapie axat pe exerciții fizice pentru etapa II
(Reabilitarea funcției de autoposturare în decubit)**

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Introdusivă: 5-7min	Persoana va fi capabilă:	Anunțarea scopurilor și obiectivelor ședinței <i>Exerciții de respirație</i>	~1min	
	Să influențeze profilaxia pneumoniei	P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație în trei reprize. 2. Expirație fără reprize. <i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i>	6 ori	Se execută lent și se respectă reprizele inspirației.
	Să efectueze mișcări în articulația umărului	P.I. Decubit dorsal/șezând. 1. Ridicarea și anteducția umărului afectat, la care se va asocia flexia laterală a capului; 2. P.I.; 3. Ridicarea și anteducția umărului afectat la care se va asocia flexia laterală a capului; 4. P.I.	8 ori	Atinge umărul de mandibulă.
		P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț, iar antebratul va fi menținut cu brațul MS care face priza pe braț. Executarea mobilizării pasive a umărului în diferite direcții. sau P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutului manevrează cu propria mână în diferite direcții. Persoana trebuie să atingă mâna kinetoterapeutului cu MS afectat.	1min	Atenție la amplituda de mobilizare.
Fundamentală: 22-24		P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutului manevrează cu propria mână în diferite direcții. Persoana trebuie să atingă mâna kinetoterapeutului cu MS afectat. P.I. Decubit dorsal, cotul afectat în flexie de 90°.	1min	Se va manevra direcționarea mâinii în așa mod încât persoana să o ajungă cu puțină dificultate.
		1. Rotație externă; 2. Rotație internă.	8 ori	Rotația externă nu se execută în amplitudine deplină.
	Să efectueze mișcări în articulația cotului	P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MS afectat în cot, cu ciocănirea bicepsului; 2. Extensia cotului. P.I. Decubit. 1. Flexia cotului cu supinația antebratului; 2. Extensia lui cu pronația antebratului.	8 ori 8 ori	Ciocănirea se efectuează cu vârfurile falangelor MS. Se ghidează verbal.

Etapele și durată procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducative	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să reducă riscul de embolie pulmonară	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație toracică și abdominală concomitentă. 2. Expirație concomitentă.	6 ori	Se execută în tempou moderat.
		<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal, MI menținut în flexie coxofemurală. 1. Flexia în genunchi; 2. Extensia în genunchi.	8 ori	Fixăm bine coapsa și o menținem în P.I. până la terminarea execuției.
	Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și articulația genunchiului	P.I. Decubit dorsal, flexia MI afectat în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și pe genunchiul afectat. 1. Rotație externă a MI; 2. Rotație internă a MI.	8 ori	Se efectuează cu asistență în tempou lent.
		P.I. Decubit dorsal, laba piciorului în afara mesei de kinetoterapie. 1. Flexia dorsală cu ciocănirea regiunii mușchiului tibial anterior a MI afectat; 2. Flexia plantară.	8 ori	Se execută stimulare continuă în timpul flexiei dorsale.
	Să efectueze activități de întoarcere pe diferite părți menținând poziția decubit	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit lateral pe hemicorpul intact, capul pe o pernă, MS de-a lungul trunchiului, MI flexat în genunchi, gamba pe o pernă. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și scapulă. 1. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre anterior; 2. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre posterior; P.I. Decubit dorsal, MS în flexie de 90°, mâinile în lacăt, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe mâini și genunchi. 1. Rotirea întregului corp spre stânga; 2. Rotirea întregului corp spre dreapta.	8 ori 10 ori	Se ghidează verbal. Să se execute rotirea concomitentă a părții superioare și inferioare.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să efectueze mișcări ce implică activități utilitare	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Rotirea în decubit lateral stânga; 2. P.I. 3. Rotirea în decubit lateral dreapta; 4. P.I.	8 ori	Se efectuează cu asistență și seghidează verbal.
	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație de 30%. 2. Expirație. 3. Inspirație de 60%. 4. Expirație. 5. Inspirație de 90-100%. 6. Expirație.	4 ori	Se va explica metoda de executare, iar la necesitate se va demonstra.
	Să efectueze activități de transfer	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit lateral pe hemicorpul intact, capul pe o pernă, MS flexat anterior cu sprijin pe o pernă. Kinetoterapeutul, cu priză pe gambă, genunchiul persoanei pe antebrațul aceluiași MS, celălalt MS cu priza pe șold. 1. Rotirea jumătății inferioare a trunchiului spre anterior; 2. Rotirea jumătății inferioare a trunchiului spre posterior;	8 ori	Se execută și cu participarea ideomotrică a persoanei și stimulare verbală continuă.
		P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului sus; 2. P.I.	8 ori	Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus.
		P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Transferul jumătății inferioare a trunchiului spre stânga; 2. Aceeași în partea opusă.	8 ori	Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus și spre lateral.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să execute transferul din decubit în șezând	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpus paretic</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Rotirea întregului corp în decubit lateral stânga/dreapta cu picioarele în afara patului; 2. Trecerea în șezând; 3. Revenirea în decubit lateral stânga/dreapta; 4. P.I.	8 ori	Persoana va fi ghidată verbal și totodată va fi ajutat să efectueze exercițiul.
De încheiere: 3-4 min	Să influențeze profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație toracică. 2. Expirație. 3. Inspirație abdominală. 4. Expirație. P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație. 2. Expirație cu pronunțarea literei „A” în continuu, iar la finalul expirației se va pronunța litera „M” în continuu. Analiza și comentarea ședinței	6 ori 4 ori ~1 min	Atenție asupra indicatorilor monitorizați ai aparatelor cardiovasculare și respirator. Pronunțarea să sune: „AAAAA” și „MMMM”.

**Programul de kinetoterapie axat pe exerciții fizice pentru etapa III
(Ridicarea la marginea patului)**

Principiile de selectare: Au fost selectate individual exercițiile ce reprezintă un grad mediu de dificultate la acel moment. Pentru MS exercițiile au fost selectate la alegere în ordine crescătoare din fiecare compartiment astfel din 1 și 4 - 3 ex., din 2 și 5 - 1 ex., din 3 și 6 - 3 ex. . Pentru MI exercițiile au fost selectate din compartimentele 7 și 9 - 4 ex., din 8 - 1 ex.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Introdactivă: 5-7min	Persoana va fi capabilă:	Anunțarea scopurilor și obiectivelor ședinței	~1min	
	Să influențeze profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație. 2. Expirație cu pronunțarea literei „A” în continuu, iar la finalul expirației se va pronunța litera „M” în continuu.	4 ori	Pronunțarea să sune: „AAAAA” și „MMMM”.
	Compartimentul 1	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț, iar antebrațul va fi menținut cu brațul MS care face priza pe braț. Executarea mobilizării pasive a umărului în diferite direcții.	1min	Atenție la amplituda de mobilizare.
	Să efectueze mișcări în articulația umărului și cotului	P.I. Decubit dorsal/șezând. 1. Ridicarea și anteducția umărului afectat, la care se va asocia flexia laterală a capului; 2. P.I.; 3. Ridicarea și anteducția umărului afectat la care se va asocia flexia laterală a capului; 4. P.I. P.I. Decubit dorsal, cotul afectat în flexie de 90°. 1. Rotație externă; 2. Rotație internă.	8 ori	Atinge umărul de mandibulă.
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 2 Să efectueze mișcări în cot	P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MS afectat în cot, cu ciocănirea bicepsului aceluiași membru. 2. Extensia cotului.	8 ori	Ciocănirea se efectuează cu vârfurile falangelor MS.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 3 Să efectueze mișcări în articulația carpiană și articulațiile falangiene	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit. 1. Abducția pumnului; 2. Adducția lui.	8 ori	În timpul executării se evită compresia mușchilor și tendoanelor ce participă la mișcare.
		P.I. Decubit. 1. Flexia pumnului; 2. Extensia lui.	8 ori	Când extensia este limitată se execută flexia pumnului care va facilita prelungirea extensiei.
		P.I. Decubit. 1. Flexia falangelor MS; 2. Extensia lor.	8 ori	
Introdactivă: 5-7min	Compartimentul 4 Să efectueze mișcări ce implică toate articulațiile MS	P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutului manevrează cu propria mână în diferite direcții. Persoana trebuie să atingă mâna kinetoterapeutului cu MS afectat.	~1 min	Se va manevra direcționarea mâinii în așa mod încât persoana să o ajungă cu puțină dificultate.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini, mâinile amplasate la nivelul umerilor. 1. Rotirea bastonului spre stânga; 2. Rotirea bastonului spre dreapta.	6 ori	Depărtarea dintre mâini variază de la fecare a doua execuție spre lateral.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini menținut în poziție orizontală. 1. Deplasarea încrucișată a mâinilor pe baston în stânga; 2. Deplasarea încrucișată a mâinilor pe baston în dreapta.	4 ori	Menținem poziția bastonului.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini menținut în poziție verticală. 1. Deplasarea mâinilor pe baston în sus; 2. Deplasarea mâinilor pe baston în jos.	4 ori	Se ghidează verbal.
		P.I. Șezând, mâna afectată pe o minge. 1. Rostogolirea mingii anterior; 2. Prinderea mingii (oprirea rostogolirii); 3-4. În alte direcții.	8 ori	Se ghidează verbal.

Etapele și durată procedurii	Obiective operaționale și compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 5 Să efectueze mișcări în cot	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit dorsal, MS afectat în flexie de 450. Kinetoterapeutul face priza în porțiunea distală a brațului și regiunea carpiană. 1. Flexie în cot cu mâna spre mandibulă; 2. Extensie în cot.	8 ori	Ne imaginăm procesul de alimentare.
	Compartimentul 6	P.I. Șezând/ortostatism, pe masă o sticlă cu apă. 1. Mâna afectată efectuează prehensiunea și ridicarea sticlei; 2. Turnarea în cană; 3. Amplasarea sticlei pe masă; 4. P.I.	6 ori	Se vor utiliza sticlute de diferite dimensiuni și cu diferit volum de lichid.
	Să efectueze activități utilitare	P.I. Șezând/ortostatism. În mâna afectată cu o șurubelniță. Persoana înșurubează și desșurubează șuruburi de pe o placă.	~1 min	La necesitate va fi ghidat.
		P.I. Decubit/șezând/ortostatism. Imitarea spalaturii pe mâini.	~1 min	Se execută lent.
		P.I. Decubit/șezând. Foiletarea unei cărți.	~1 min	Câte o filă.
		P.I. Șezând. Pe masă amplasate cărți de joc. Întoarcerea cărților de joc cu mâna afectată.	~1 min	Câte una.
		P.I. Șezând. Pe masă amplasate boabe de hrișcă. Mâna afectată culege semințele de pe masă și le amplasează într-un vas.	~1 min	Câte una, două și mai multe boabe concomitent.
	Compartimentul 7 Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și genunchiului	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MI afectat în genunchi; 2. Extensia MI afectat concomitent flexia MI intact; 3. P.I.	10 ori	Inițierea extensiei MI afectat să coincidă cu momentul de inițiere a flexiei MI intact.

Etapele și durată procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 7	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal, MI afectat în flexia genunchiului de 90°. 1. Flexia MI intact în coxofemural; 2. P.I.	10 ori	Se efectuează în tempou lent.
	Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și articulația genunchiului	P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MI afectat în genunchi; 2. Extensia MI afectat concomitent flexia MI intact; 3. P.I.	10 ori	Inițierea extensiei MI afectat să coincidă cu momentul de inițiere a flexiei MI intact.
		P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul cu priză pe falangele MI afectat. În momentul inițierii flexiei de genunchi a MI afectat, falangele se apasă brusc în flexie plantară.	10 ori	Apăsarea se efectuează în limita amplitudei de mișcare anatomică.
	Compartimentul 8	P.I. Decubit dorsal, laba piciorului în afara mesei de kinetoterapie. 1. Flexia dorsală cu ciocănirea regiunii mușchiului tibial anterior a MI afectat; 2. Flexia plantară.	10 ori	Se execută stimulare continuă în timpul flexiei dorsale.
	Să efectueze mișcări în articulația talocrurală			
	Compartimentul 9	P.I. Decubit dorsal, Kinetoterapeutul, cu priză pe porțiunea proximală a gambei și pe planta MI afectat. 1. Flexia MI afectat; 2. Extensia lui.	10 ori	Se execută pasiv/pasivo-activ/activ/activ cu rezistență, în tempou lent.
	Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și articulația genunchiului	P.I. Decubit dorsal, flexia MI afectat în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și pe genunchiul afectat. 1. Rotație externă a MI; 2. Rotație internă a MI.	10 ori	Se efectuează cu asistență în tempou lent.
		P.I. Decubit dorsal, MI lezat menținut în flexie coxofemurală. 1. Flexia în genunchi; 2. Extensia în genunchi.	10 ori	Fixăm bine coapsa și o menținem în P.I. până la terminarea execuției.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	<i>Compartimentul 9</i> Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și articulația genunchiului	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Șezând la marginea patului, MI afectat în flexie de 90°, planta pe podea. MI intact cu extensie în genunchi. 1. Flexia MI intact în coxofemural; 2. P.I.	10 ori	Se execută în tempou lent.
	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație de 30%. 2. Expirație. 3. Inspirație de 60%. 4. Expirație. 5. Inspirație de 90-100%. 6. Expirație.	4 ori	Se va explica metoda de executare, iar la necesitate se va demonstra.
	Să controleze stabilitatea și mobilitatea trunchiului	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit lateral pe hemicorpul intact, capul pe o pernă, MS de-a lungul trunchiului, MI flexat în genunchi, gamba pe o pernă. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și scapula. 1. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre anterior; 2. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre posterior;	8 ori	Se ghidează verbal.
		P.I. Decubit dorsal. 1. Rotirea în decubit lateral stânga; 2. P.I. 3. Rotirea în decubit lateral dreapta; 4. P.I.	8 ori	Se efectuează cu asistență și seghidează verbal.
		P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului sus; 2. P.I.	8 ori	Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să controleze stabilitatea și mobilitatea trunchiului	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Transferul jumătății inferioare a trunchiului spre stânga; 2. Aceeași în partea opusă.	8 ori	Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus și spre lateral.
		P.I. Decubit lateral pe hemicorpul intact, capul pe o pernă, MS flexat anterior cu sprijin pe o pernă. Kinetoterapeutul, cu priză pe gambă, genunchiul persoanei pe antebrațul aceluiași MS, celălalt MS cu priza pe șold. 1. Rotirea jumătății inferioare a trunchiului spre anterior; 2. Rotirea jumătății inferioare a trunchiului spre posterior;	8 ori	Se sxecută și cu participarea ideomotrică a persoanei și stimulare verbală continuă.
	Să controleze stabilitatea și mobilitatea hemicorpului afectat în ansamblu	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpul paretic</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Rotirea întregului corp în decubit lateral stânga/dreapta cu picioarele în afara patului; 2. Trecerea în șezând; 3. Revenirea în decubit lateral stânga/dreapta; 4. P.I.	6 ori	Persoana va fi ghidată verbal și totodată va fi ajutat să efectueze exercițiul.
		P.I. Șezând pe masa de kinetoterapie, plantele pe podea. 1. Persoana efectuează transferul corpului spre stânga; 2. P.I.;; 3-4. Aceeași spre dreapta. sau P.I. Șezând 1. Transferul corpului pat-cărucior; 2. Cărucior-pat.	8 ori 	

Etaple și durată procedurii	Obiective operaționale	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să dețină baza necesară în inițierea activităților utilitare.	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpul paretic</i>		
		P.I. Patruredă. Măinile și genunchii la depărtarea umerilor. 1. Deplasarea trunchiului spre stânga; 2. P.I.; 3. Deplasarea trunchiului spre dreapta; 4. P.I. sau P.I. Șezând, MS afectat amplasat lateral puțin depărtat de corp. Kinetoterapeutul cu priză pe umăr și cot. 1. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate lateral; 2. P.I.	6 ori	Se ghidează verbal. La necesitate se va susține MS afectat în menținerea posturii date. Se efectuează în tempou moderat.
	Să inițieze acțiuni motrice.	P.I. Patruredă. Măinile și genunchii la depărtarea umerilor. 1. Deplasarea trunchiului înainte; 2. P.I. 3. Deplasarea trunchiului înapoi; 4. P.I. sau P.I. Șezând, MS afectat amplasat lateral puțin depărtat de corp. Kinetoterapeutul cu priză pe umăr și cot. 1. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate spre anterior; 2. P.I. 3. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate spre posterior; 4. P.I.	8 ori	În momentul presiunii se previne flexia cotului.
		P.I. Patruredă. Măinile și genunchii la depărtarea umerilor. 1. Deplasarea trunchiului înainte; 2. P.I. 3. Deplasarea trunchiului înapoi; 4. P.I. sau P.I. Șezând, MS afectat amplasat lateral puțin depărtat de corp. Kinetoterapeutul cu priză pe umăr și cot. 1. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate spre anterior; 2. P.I. 3. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate spre posterior; 4. P.I.	6 ori	Se ghidează verbal. La necesitate se va susține MS afectat în menținerea posturii date. Se efectuează în tempou moderat.

Programul de kinetoterapie axat pe exerciții fizice pentru etapa IV (Ortostatismul)

Principiile de selectare: Au fost selectate individual exercițiile ce reprezintă un grad mediu de dificultate la acel moment. Pentru MS exercițiile au fost selectate la alegere în ordine crescătoare din fiecare compartiment astfel din 1 și 3 - 3 ex., din 2 și 4 - 3 ex. Pentru MI exercițiile au fost selectate din compartimentele 5 - 1 ex., 6 - 1 ex., 7 - 1 ex.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Introdactivă: 5-7min	Persoana va fi capabilă:	Anunțarea scopurilor și obiectivelor ședinței	~1min	
	Să influențeze profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație. 2. Expirație cu pronunțarea literei „A” în continuu, iar la finalul expirației se va pronunța litera „M” în continuu.	4 ori	Pronunțarea să sune: „AAAAA” și „MMMM”.
	Compartimentul 1	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț, iar antebratul va fi menținut cu brațul MS care face priza pe braț. Executarea mobilizării pasive a umărului în diferite direcții.	1min	Atenție la amplituda de mobilizare.
	Să efectueze mișcări în articulația umărului și cotului	P.I. Decubit dorsal/șezând. 1. Ridicarea și anteducția umărului afectat, la care se va asocia flexia laterală a capului; 2. P.I.; 3. Ridicarea și anteducția umărului afectat la care se va asocia flexia laterală a capului; 4. P.I. P.I. Decubit dorsal, cotul afectat în flexie de 90°. 1. Rotație externă; 2. Rotație internă.	8 ori 8 ori	Atinge umărul de mandibulă. Rotația externă nu se execută în amplitudine deplină.
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 2	P.I. Decubit. 1. Abducția pumnului; 2. Adducția lui.	8 ori	În timpul executării se evită compresia țesuturilor moi din regiunea carpiană

Etapale și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 2	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit. 1. Flexia pumnului; 2. Extensia lui. P.I. Decubit. 1. Flexia falangelor MS; 2. Extensia lor.	8 ori	În timpul executării se evită compresia țesuturilor moi din regiunea carpiană
			8 ori	Când extensia este limitată se execută flexia pumnului care va facilita prelungirea extensiei.
Introdactivă: 5-7min	Compartimentul 3	P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutului manevrează cu propria mână în diferite direcții. Persoana trebuie să atingă mâna kinetoterapeutului cu MS afectat.	~1 min	Se va manevra direcționarea mâinii în așa mod încât persoana să o ajungă cu puțină dificultate.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini, mâinile amplasate la nivelul umerilor. 1. Rotirea bastonului spre stânga; 2. Rotirea bastonului spre dreapta.	6 ori	Depărtarea dintre mâini variază de la fiecare a doua execuție spre lateral.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini menținut în poziție orizontală. 1. Deplasarea încrucișată a mâinilor pe baston în stânga; 2. Deplasarea încrucișată a mâinilor pe baston în dreapta.	4 ori	Menținem poziția bastonului.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini menținut în poziție verticală. 1. Deplasarea mâinilor pe baston în sus; 2. Deplasarea mâinilor pe baston în jos.	4 ori	Se ghidează verbal.
		P.I. Șezând, mâna afectată pe o minge. 1. Rostogolirea mingii anterior; 2. Prinderea mingii (oprirea rostogolirii); 3-4. În alte direcții.	8 ori	Se ghidează verbal.

Etapele și durată procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 4	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i>		
	Să efectueze activități utilitare	P.I. Șezând/ortostatism, pe masă o sticlă cu apă. 1. Mâna afectată efectuează prehensiunea și ridicarea sticlei; 2. Turnarea în cană; 3. Amplasarea sticlei pe masă; 4. P.I.	6 ori	Se vor utiliza sticlute de diferite dimensiuni și cu diferit volum de lichid.
		P.I. Șezând/ortostatism. În mâna afectată cu o șurubelniță. Persoana înșurubează și desșurubează șuruburi de pe o placă.	~ 1 min	La necesitate va fi ghidat.
		P.I. Decubit/șezând/ortostatism. Imitarea spalaturii pe mâini.	~ 1 min	Se execută lent.
		P.I. Decubit/șezând. Foiletarea unei cărți.	~ 1 min	Câte o filă.
		P.I. Șezând. Pe masă amplasate cărți de joc. Întoarcerea cărților de joc cu mâna afectată.	~ 1 min	Câte una.
		P.I. Șezând. Pe masă amplasate boabe de hrișcă. Mâna afectată culege semințele de pe masă și le amplasează într-un vas.	~ 1 min	Câte una, două și mai multe boabe concomitent.
	Compartimentul 5	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i>		
	Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și genunchiului	P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MI afectat în genunchi; 2. Extensia MI afectat concomitent flexia MI intact; 3. P.I.	10 ori	Inițierea extensiei MI afectat să coincidă cu momentul de inițiere a flexiei MI intact.
		P.I. Decubit dorsal, Kinetoterapeutul, cu priză pe porțiunea proximală a gambei și pe planta MI afectat. 1. Flexia MI afectat; 2. Extensia lui.	10 ori	Se execută pasiv/pasivo-activ/activ/activ cu rezistență, în temp-ou lent.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	<i>Compartimentul 6</i> Să efectueze mișcări în articulația talocrurală	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal, laba piciorului în afara mesei de kinetoterapie. 1. Flexia dorsală cu ciocănirea regiunii mușchiului tibial anterior a MI afectat; 2. Flexia plantară.	10 ori	Se execută stimulare continuă în timpul flexiei dorsale.
	<i>Compartimentul 7</i> Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală	P.I. Decubit dorsal, flexia MI afectat în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și pe genunchiul afectat. 1. Rotație externă a MI; 2. Rotație internă a MI.	8 ori	Se efectuează cu asistență în tempou lent.
	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație de 30%. 2. Expirație. 3. Inspirație de 60%. 4. Expirație. 5. Inspirație de 90-100%. 6. Expirație.	4 ori	Se va explica metoda de executare, iar la necesitate se va demonstra.
	Să efectueze mișcări ce implică activități utilitare și care stau la baza pregătirii ridicării și în ortostatism	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit lateral pe hemicorpul intact, capul pe o pernă, MS de-a lungul trunchiului, MI flexat în genunchi, gamba pe o pernă. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și scapula. 1. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre anterior; 2. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre posterior; P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Transferul jumătății inferioare a trunchiului spre stânga; 2. Aceeași în partea opusă.	8 ori 6 ori	Se ghidează verbal. Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus și spre lateral.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să execute transferul din decubit în șezând	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpusul paretic</i> sau P.I. Șezând, MS afectat amplasat lateral puțin depărtat de corp. Kinetoterapeutul cu priză pe umăr și cot. 1. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate lateral; 2. P.I.	6 ori	În momentul presiunii se previne flexia cotului.
		P.I. Șezând pe masa de kinetoterapie, plantele pe podea. 1. Persoana efectuează transferul corpului spre stânga; 2. P.I.; 3-4. Aceeași spre dreapta.	4 ori	Transferul poate fi efectuat dintr-un capăt de masă în altul.
		sau P.I. Șezând 1. Transferul corpului pat-cărucior; 2. Cărucior-pat.	4 ori	Persoana trebuie să fie așezată la mijlocul scaunului, astfel încât nici una din coapse să nu apese pe părțile laterale ale scaunului.
	De a menține echilibrul în șezând inclusiv și la deplasarea centrului de greutate	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține echilibrul trunchiului în poziția așezat</i> P.I. Șezând, picioarele pe podea. 1. Culegerea obiectului de pe masă lateral dreapta sus; 2. P.I.; 3. Amplasarea obiectului pe cutie lateral stânga jos; 4. P.I. 5-6. Aceeași, prin inversarea cutiei cu masa. P.I. Șezând. 1. Dezechilibrarea persoanei prin împingere ușoară spre stânga; 2. P.I.; 3. Dezechilibrarea persoanei prin împingere ușoară spre dreapta; 4. P.I.; 5-8. Aceeași spre diferite direcții.	8 ori ~30 sec	Depărtarea scaunului și mesei de persoană se modifică individualizat. Intensitatea dezechilibrării va fi în conformitate cu capacitățile persoanei.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24		<i>Tehnici ce formează etapele deprinderii motrice, direcționate spre menținerea echilibrului static și dinamic și dezvoltarea capacității de coordonare.</i>		
	Să dețină baza necesară în inițierea activităților utilitare.	P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă. Înainte jos o minge. 1. MI intact rostogolește mingea anterior; 2. P.I.; 3. MI intact rostogolește mingea posterior; 4. P.I.; 5-6. Aceeași cu membrul afectat.	6 ori	În timpul rostogolirii mingii planta este în permanent contact cu mingea.
	Să dețină controlul în genunchi	P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă. 1. Pas cu MI intact pe cutie/minge; 2. P.I.; 3-4. Aceeași cu MI afectat.	6 ori	Persoana va fi ghidată verbal.
		P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă. 1. Flexia MI în genunchiului afectat și menținerea sa în această postură 10sec; 2. P.I.; 3-4. Aceeași cu MI intact.	6 ori	Menținerea posturii corecte în timpul efectuării.
	Să dețină controlul posturii în spațiu	P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă, MI intact pe cutie. 1. Deplasarea trunchiului anterior; 2. P.I.; 3. Deplasarea trunchiului posterior; 4. P.I.	6 ori	Se va tinde spre diminuarea intensității de sprijin a MS intact.
		P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă, MI intact pe cutie. 1. Deplasarea trunchiului spre stânga; 2. P.I.; 7-8. Aceeași spre dreapta.	6 ori	Deplasarea se efectuează cu întregul trunchi.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să dețină controlul posturii în spațiu	<i>Tehnici ce formează etapele deprinderii motrice, direcționate spre menținerea echilibrului static și dinamic și dezvoltarea capacității de coordonare.</i> P.I. Ortostatism. Înainte jos un balon. 1. Lovirea balonului cu MI stâng; 2. P.I.; 3. Lovirea balonului cu MI drept; 4. P.I.	6 ori	Se execută lent.
		P.I. Ortostatism. 1. Dezechilibrarea persoanei prin împingere ușoară spre diferite direcții. 2. P.I.	6 ori	Inițial împingerea se efectuează lejer de tot, apoi se intensifică în conformitate cu capacitatea de menținere a echilibrului.
De încheiere: 3-4 min	Să influențeze profilaxia și combaterea stazei venoase cerebrale	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație. 2. Expirație cu pronunțarea literei „A” în continuu, iar la finalul expirației se va pronunța litera „M” în continuu.	8 ori	Pronunțarea să sune: „AAAAA” și „MMMM”.
		P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație în trei reprize. 2. Expirație fără reprize. Analiza și comentarea ședinței	~1 min	Se execută lent și se respectă reprizele inspirației

Programul de kinetoterapie axat pe exerciții fizice pentru etapa V (Mersul)

Principiile de selectare: Au fost selectate individual exercițiile ce reprezintă un grad mediu de dificultate la acel moment. Pentru MS exercițiile au fost selectate la alegere în ordine crescătoare din fiecare compartiment astfel din 1 și 3 - 3 ex., din 2 și 4 - 3 ex. . Pentru MI exercițiile au fost selectate din compartimentele 5 - 1 ex., 6 - 1 ex.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Introdusivă: 5-7min	Persoana va fi capabilă:	Anunțarea scopurilor și obiectivelor ședinței	~1min	
	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	<i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație de 30%. 2. Expirație. 3. Inspirație de 60%. 4. Expirație. 5. Inspirație de 90-100%. 6. Expirație.	4 ori	Se va explica metoda de executare, iar la necesitate se va demonstra.
	Compartimentul 1	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și braț, iar antebratul va fi menținut cu brațul MS care face priza pe braț. Executarea mobilizării pasive a umărului în diferite direcții.	1min	Atenție la amplituda de mobilizare.
	Să efectueze mișcări în articulația umărului și cotului	P.I. Decubit dorsal/șezând. 1. Ridicarea și anteducția umărului afectat, la care se va asocia flexia laterală a capului; 2. P.I.; 3. Ridicarea și anteducția umărului afectat la care se va asocia flexia laterală a capului; 4. P.I. P.I. Decubit dorsal, cotul afectat în flexie de 90°. 1. Rotație externă; 2. Rotație internă.	8 ori	Atinge umărul de mandibulă.
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 2	P.I. Decubit. 1. Abducția pumnului; 2. Adducția lui.	8 ori	Rotația externă nu se execută în amplitudine deplină. În timpul executării se evită compresia țesuturilor moi din regiunea carpiană

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Compartimentul 2	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Decubit. 1. Flexia pumnului; 2. Extensia lui. P.I. Decubit. 1. Flexia falangelor MS; 2. Extensia lor.	8 ori	În timpul executării se evită compresia țesuturilor moi din regiunea carpiană
			8 ori	Când extensia este limitată se execută flexia pumnului care va facilita prelungirea extensiei.
Introdactivă: 5-7min	Compartimentul 3	P.I. Decubit dorsal. Kinetoterapeutului manevrează cu propria mână în diferite direcții. Persoana trebuie să atingă mâna kinetoterapeutului cu MS afectat.	~1 min	Se va manevra direcționarea mâinii în așa mod încât persoana să o ajungă cu puțină dificultate.
	Să efectueze mișcări ce implică toate articulațiile MS	P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini, mâinile amplasate la nivelul umerilor. 1. Rotirea bastonului spre stânga; 2. Rotirea bastonului spre dreapta.	6 ori	Depărtarea dintre mâini variază de la fiecare a doua execuție spre lateral.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini menținut în poziție orizontală. 1. Deplasarea încrucișată a mâinilor pe baston în stânga; 2. Deplasarea încrucișată a mâinilor pe baston în dreapta.	4 ori	Menținem poziția bastonului.
		P.I. Șezând, cu un baston de gimnastică în mâini menținut în poziție verticală. 1. Deplasarea mâinilor pe baston în sus; 2. Deplasarea mâinilor pe baston în jos.	4 ori	Se ghidează verbal.
		P.I. Șezând, mâna afectată pe o minge. 1. Rostogolirea mingii anterior; 2. Prinderea mingii (oprirea rostogolirii); 3-4. În alte direcții.	8 ori	Se ghidează verbal.

Etapele și durată procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	<i>Compartimentul 4</i> Să efectueze activități utilitare	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MS paretic.</i> P.I. Ortostatism, pe masă o sticlă cu apă. 1. Mâna afectată efectuează prehensiunea și ridicarea sticlei; 2. Turnarea în cană; 3. Amplasarea sticlei pe masă; 4. P.I. P.I. Șezând/ortostatism. În mâna afectată cu o șurubelniță. Persoana înșurubează și desșurubează șuruburi de pe o placă. P.I. Decubit/șezând/ortostatism. Imitarea spalatului pe mâini. P.I. Decubit/șezând. Foiletarea unei cărți. P.I. Șezând. Pe masă amplasate cărți de joc. Întoarcerea cărților de joc cu mâna afectată. P.I. Șezând. Pe masă amplasate boabe de hrișcă. Mâna afectată culege semințele de pe masă și le amplasează într-un vas.	6 ori ~ 1 min ~ 1 min ~ 1 min ~ 1 min ~ 1 min	Se vor utiliza sticlute de diferite dimensiuni și cu diferit volum de lichid. La necesitate va fi ghidat. Se execută lent. Câte o filă. Câte una. Câte una, două și mai multe boabe concomitent.
	<i>Compartimentul 5</i> Să efectueze mișcări în articulația coxofemurală și genunchiului	<i>Exerciții ce dezvoltă capacitatea de a menține stabilitatea și mobilitatea MI paretic</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Flexia MI afectat în genunchi; 2. Extensia MI afectat concomitent flexia MI intact; 3. P.I.	10 ori	Inițierea extensiei MI afectat să coincidă cu momentul de inițiere a flexiei MI intact.
	<i>Compartimentul 6</i> Să efectueze mișcări în articulația talocrurală	P.I. Decubit dorsal, laba piciorului în afara mesei de kinetoterapie. 1. Flexia dorsală cu ciocănirea regiunii mușchiului tibial anterior a MI afectat; 2. Flexia plantară.	10 ori	Se execută stimulare continuă în timpul flexiei dorsale.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
De încheiere: 3-4 min	Să efectueze mișcări ce implică activități utilitare și care stau la baza pregătirii ridicării și în ortostatism	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea la nivel de trunchi</i> P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Transferul jumătății inferioare a trunchiului spre stânga; 2. Aceeași în partea opusă.	6 ori	Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus și spre lateral.
		P.I. Decubit lateral pe hemicorpul intact, capul pe o pernă, MS de-a lungul trunchiului, MI flexat în genunchi, gamba pe o pernă. Kinetoterapeutul, cu priză pe umăr și scapulă. 1. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre anterior; 2. Rotirea jumătății superioare a trunchiului spre posterior;	8 ori	Se ghidează verbal.
		P.I. Decubit dorsal, MI flexate în genunchi. Kinetoterapeutul, cu priză pe laba piciorului și genunchiul afectat. 1. Transferul jumătății inferioare a trunchiului spre stânga; 2. Aceeași în partea opusă.	6 ori	Se stimulează verbal. Ridicarea jumătății inferioare a trunchiului cât mai sus și spre lateral.
	Să execute transferul din decubit în șezând	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpul paretic</i> P.I. Patruredă. Măinile și genunchii la depărtarea umerilor. 1. Deplasarea trunchiului înainte; 2. P.I. 3. Deplasarea trunchiului înapoi; 4. P.I. sau P.I. Șezând, MS afectat amplasat lateral puțin depărtat de corp. Kinetoterapeutul cu priză pe umăr și cot. 1. Presiune pe MS cu deplasarea centrului de greutate spre anterior; 2. P.I. 3. Presiune pe MS cu deplasarea centrului de greutate spre posterior; 4. P.I.	4 ori 6 ori	Se ghidează verbal. La necesitate se va susține MS afectat în menținerea posturii date. Se efectuează în tempou moderat. În momentul presiunii se previne flexia cotului.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să execute transferul din decubit în șezând Să dețină baza necesară în inițierea activităților utilitare.	<i>Exerciții ce dezvoltă stabilitatea și mobilitatea în hemucorpul paretic</i> P.I. Patrupedă. Mâinile și genunchii la depărtarea umerilor. 1. Deplasarea trunchiului spre stânga; 2. P.I.; 3. Deplasarea trunchiului spre dreapta; 4. P.I.	4 ori	Se ghidează verbal. La necesitate se va susține MS afectat în menținerea posturii date. Se efectuează în tempou moderat.
		sau P.I. Șezând, MS afectat amplasat lateral puțin depărtat de corp. Kinetoterapeutul cu priză pe umăr și cot. 1. Realizarea presiunii pe MS cu deplasarea centrului de greutate lateral; 2. P.I.	6 ori	În momentul presiunii se previne flexia cotului.
		P.I. Șezând pe masa de kinetoterapie, plantele pe podea. 1. Persoana efectuează transferul corpului spre stânga; 2. P.I.; 3-4. Aceeași spre dreapta.	4 ori	Transferul poate fi efectuat dintr-un capăt de masă în altul.
		sau P.I. Șezând 1. Transferul corpului pat-cărucior; 2. Cărucior-pat.	4 ori	Persoana trebuie să fie așezată la mijlocul scaunului, astfel încât nici una din coapse să nu apese pe părțile laterale ale scaunului.
		<i>Tehnici ce formează etapele deprinderii motrice, direcționate spre menținerea echilibrului static și dinamic și dezvoltarea capacității de coordonare.</i> P.I. Ortostatism. Înainte jos un balon. 1. Lovirea balonului cu MI stâng; 2. P.I.; 3. Lovirea balonului cu MI drept; 4. P.I.	6 ori	Se execută lent.

Etapele și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să dețină baza necesară în inițierea activităților utilitare.	<i>Tehnici ce formează etapele deprinderii motrice, direcționate spre menținerea echilibrului static și dinamic și dezvoltarea capacității de coordonare.</i> P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă. Kinetoterapeutul situat în parte hemicorpului afectat. 1. Culegerea obiectului de pe masă; 2. Transmiterea obiectului către kinetoterapeut; 3. P.I.; 4. Culegerea obiectului din mâna kinetoterapeutului; 5. Amplasarea obiectului pe masă; 6. P.I.	6 ori	Creșterea gradului de dificultate se face prin menținerea MI intact pe cutie. Kinetoterapeutul va modifica amplasarea obiectului conform obiectivelor.
		sau P.I. Ortostatism. 1. Culegerea obiectului de jos; 2. P.I.; 3. Amplasarea obiectului pe jos; 4. P.I.		Nu se efectuează multiple repetări deoarece poate provoca vertij.
	Să dețină controlul posturii în spațiu	P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă. Înainte jos o minge. 1. MI intact rostogolește mingea anterior; 2. P.I.; 3. MI intact rostogolește mingea posterior; 4. P.I.; 5-6. Aceeași cu membrul afectat.	8 ori	În timpul rostogolirii mingii planta este în permanent contact cu mingea.
		P.I. Ortostatism, mâna intactă cu sprijin pe masă. 1. Pas cu MI intact pe cutie/minge; 2. P.I.; 3-4. Aceeași cu MI afectat.	8 ori	Persoana va fi ghidată verbal.
		P.I. Ortostatism. 1. Dezechilibrarea persoanei prin împingere ușoară spre diferite direcții. 2. P.I.	8 ori	Împingerea se efectuează lejer de, apoi se intensifică în conformitate cu capacitatea de menținere a echilibrului.

Etapale și durata procedurii	Obiective operaționale și Compartimentul	Conținuturi reeducaționale	Dozarea efortului	Indicații metodice și de organizare
Fundamentală: 22-24	Să dezvolte echilibrul static și dinamic, rezistența în regim de forță.	<i>Variații de mers</i> Mers în jurul mesei de kinetoterapie. Mers cu mijloace de asistență (baston cvadrupe, cadru de mers, baston obișnuit). Obișnuit. Pe urme marcate. Cu depășirea obstacolelor. Cu ocolirea obstacolelor. Pe o linie. Cu pași alăturați. Pe vîrfuri. Pe călcâi. Cu genunchii ridicați. Cu ridicarea gambelor posterior. Încrucișat cu fața înainte. Încrucișat cu umărul înainte. Pe scări. P.I. Ortostatism, cu brațele în flexie aproximativ 90 grade, mâinile sprijinite pe umerii kinetoterapeutului ce se află în ortostatism cu fața spre persoană. Acțiunea motrică: Mers înainte, împotriva rezistenței aplicate de kinetoterapeut.	~1 min x 5 ~1 min x 5 ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min ~1 min	Se dirijează verbal, iar la necesitate kinetoterapeutul se implică prin corectarea sau susținerea în efectuarea activităților motrice Mâinile kinetoterapeutului asigură extensia brațului în cot
De încheiere: 3-4 min	Să-și aprovizioneze mai bine cu oxigen creierul	Ultimul minut din unul din variațiile de mers <i>Exerciții de respirație</i> P.I. Decubit dorsal. 1. Inspirație în trei reprize. 2. Expirație fără reprize. Analiza și comentarea ședinței	~1 min 6 ori ~1 min	Se execută lent și se respectă reprizele inspirației