

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Fysioterapeutuppgifter

Bedömare
 Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömningsdatum -- (åååå-mm-dd)

Uppgifter om muskelstyrka

(Var god se Manual, FT-formulär)

Bäckenelevation (m. Quadratus lumborum) **Höger sida** Ingen Svag God Ej bedömd
Bäckenelevation (m. Quadratus lumborum) **Vänster sida** Ingen Svag God Ej bedömd

	0	1	2	3	4	5	Ingen	Svag	God	Ej bedömd
Höger sida										
<i>Höftflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Höftextension</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Höftadduktion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Höftabduktion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Knäflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Knäextension</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Dorsalflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Plantarflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
Vänster sida										
<i>Höftflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Höftextension</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Höftadduktion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Höftabduktion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Knäflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Knäextension</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Dorsalflexion</i>	<input type="checkbox"/>									
<i>Plantarflexion</i>	<input type="checkbox"/>									

Finns orsak hos personen till "Ej bedömd"

Nej Ja Om Ja, ange **Orsak till Ej bedömd** (Ange endast ett alternativ)

Gipsad Nyopererad Svårighet att medverka

Annan
Specificka

Klassifikation (muskelfunktionsnivå)

Muskelfunktionsnivå (sämsta sidan gäller) (Ange endast ett alternativ) (Var god se Manual, FT-formulär)

I: Sacral II: Låg lumbal III: Mellan lumbal
 IV: Hög lumbal V: Hög lumbal/thoracal

Kommentar, muskelstyrka

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om muskeltonus

Ökad muskeltonus, nedre extremiteter

Nej Kan ej avgöras Ej bedömd

Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Avvikande kropsställning utan kontraktur (t.ex. pronation av foten) Nej Ja

Motstånd genom hela rörelsebanan Nej Ja

Rörelsestopp vid snabb passiv töjning (s.k. catch.) Nej Ja

Klonus vid passiv töjning Nej Ja

Påverkad(e) muskelgrupp(er)

Höftflexorer Nej Ja Osäkert

Höftadduktorer Nej Ja Osäkert

Knäflexorer Nej Ja Osäkert

Dorsalflexorer Nej Ja Osäkert

Annan muskelgrupp Nej Ja Osäkert

Specificera

Upplever personen själv eller omgivningen förändring av muskeltonus i nedre extremiteter sedan föregående bedömning?

Nej Ja Kan ej avgöras Okänt

Hypotonus, bål

Nej Ja Kan ej avgöras Ej bedömd

Upplever personen själv eller omgivningen förändring av muskeltonus i bålen sedan föregående bedömning?

Nej Ja Kan ej avgöras Okänt

Kommentar, muskeltonus

.....

Uppgifter om passivt led-rörelseomfång

Passivt led-rörelseomfång

(För utgångspositioner, var god se Manual, FT-formulär)

Höger sida

Vänster sida

Grader

Avvikande utgångsläge

Grader

Avvikande utgångsläge

Höftabduktion

Nej Ja

Nej Ja

Höftflexion

Nej Ja

Nej Ja

Knäflexion

Nej Ja

Nej Ja

Knä, hamstringsvinkel

Nej Ja

Nej Ja

Knäextension

Nej Ja

Nej Ja

Fot, dorsalflexion

Nej Ja

Nej Ja

(flektterat knä)

Fot, dorsalflexion
(extenderat knä)

Nej Ja

Nej Ja

Fot, plantarflexion

Nej Ja

Nej Ja

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Passivt led-rörelseomfång - fortsättning

	<u>Höger sida</u>		<u>Vänster sida</u>	
	<u>Grader</u>	<u>Avvikande utgångsläge</u>	<u>Grader</u>	<u>Avvikande utgångsläge</u>
<i>Höft, inåtrotation</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<i>Höft, utåtrotation</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<i>Höft, Ely´s test</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<i>Höft, extension</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Kommentar, rörelseomfång

.....

Uppgifter om rygg

Rygg (bedömd i sittande)

Kyfos

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kan ej avgöras	<input type="checkbox"/> Ej bedömd		
<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange om <i>kyfosopererad</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt

Skolios

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kan ej avgöras	<input type="checkbox"/> Ej bedömd		
<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange om <i>skoliosopererad</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt

Uppgifter om motorisk utveckling

Ange barnets högsta egeninitierade grovmotoriska förmåga

(Var god se Manual, FT-formulär)

Nivå (Ange endast ett alternativ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Stannar i ryggläge | <input type="checkbox"/> 6. Reser sig till stående utan stöd |
| <input type="checkbox"/> 2. Vänder rygg-mage | <input type="checkbox"/> 7. Går med hjälpmedel och ortos |
| <input type="checkbox"/> 3. Rör sig i magläge (pivotrar, hasar, böjer upp benen, fyrfota, kryper) | <input type="checkbox"/> 8. Går med hjälpmedel utan ortos |
| <input type="checkbox"/> 4. Sätter sig upp självständigt utan stöd | <input type="checkbox"/> 9. Går utan hjälpmedel med ortos |
| <input type="checkbox"/> 5. Reser sig till stående med stöd | <input type="checkbox"/> 10. Går utan hjälpmedel och utan ortos |

Vid bedömning av förmåga: Om högsta nivå är ”Stannar i ryggläge” så ska förmåga anges som ”Klarar”

Förmåga, högsta nivå Initierar Klarar

Lägestrygghet

Är barnet känsligt för lägesförändringar

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäkert | <input type="checkbox"/> Okänt |
| <input type="checkbox"/> Ja | Om Ja, | Specificka |

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om motorisk utveckling - fortsättning

Bedömning av barnets sittförmåga (notera högsta nivå)

(Var god Manual, FT-formulär)

Sittförmåga (Ange endast ett alternativ)

- 1 - Kan ej placeras
- 2 - Stöd från huvud och nedåt
- 3 - Stöd från skuldror och nedåt
- 4 - Stöd av bäcken
- 5 - Bibehåller positionen, rör sig inte
- 6 - Luta bålen framåt, rätar upp sig igen
- 7 - Luta bålen åt sida, rätar upp sig igen
- 8 - Luta bålen bakåt, rätar upp sig igen
- Ej bedömt

Bedömning av barnets funktionella gångförmåga

(Var god se Manual, FT-formulär)

Funktionell gångförmåga (Ange det vanligaste förekommande alternativet)

- I – Går både inom- och utomhus, ej behov av ortos
- II – Går både inom- och utomhus, behov av ortos, ej gånghjälpmittel
- III – Går inomhus, behov av ortos och gånghjälpmittel samt rullstol längre sträckor
- IV – Går inomhus med ortoser och gånghjälpmittel, rullstol inom- och utomhus
- V – Har träningsgång i skola, terapi och hemma, förflyttar sig med rullstol
- VI – Går inte, har ev.ståfunktion
- Ej bedömt

Bedöm barnets förmåga till överflyttningar/korta förflyttningar i bostaden där barnet huvudsakligen vistas (ange det vanligaste alternativet för respektive fråga)

Förflyttningsposition Sittande Stående Okänt

Hjälp av annan person Ja Nej Okänt

Förflyttningshjälpmittel Inga Glidbräda/vridplatta Lyft/sele Okänt

Uppgifter rullstol

Manuell rullstol (Ange det vanligaste förekommande alternativet)

Använder ej Blir körd Kör själv Okänt

Har elektrisk rullstol

Ja Nej Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om ortoser

Användning av ortoser för nedre extremiteter (Ange det vanligaste förekommande alternativen)

Användning av ortoser

Nej Okänt

Ja Om Ja, ange **indikation för ortosanvändning**

- Bibehålla rörelseomfång/kontrakturbehandling
- Funktion
- Både bibehålla rörelseomfång/kontrakturbehandling och funktion

Nedanstående uppgifter besvaras **om indikation är att bibehålla rörelseomfång/kontrakturbehandling**

Användningstid: Ange genomsnittligt antal dagar/vecka för de senaste 4 veckorna, samt genomsnittligt antal timmar/dygn under de dygn ortosen används

		Dagar/vecka (1 – 7 dagar)	Timmar/användningsdag (Ange med halvtimmes noggrannhet)
AFO, höger	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)
AFO, vänster	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)
KAFO, höger	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)
KAFO, vänster	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)
HKAFO	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)
Annan ortos	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)

Nedanstående uppgifter besvaras **om indikation är för funktion**

Notera: En eller flera ortoser kan väljas på vardera sidan

Typ av ortos(er)	Indikation				Mål uppfyllt		
	G=Gångförmåga, B=Balans/ Stabilitet T=Träning, A=Annat				(Anges för huvudindikation)		
Höger sida							
<input type="checkbox"/> FO, fotbädd	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> FO, supramall	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> AFO, ledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> AFO, oledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> KAFO, ledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> KAFO, ledad m knälås	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> KAFO, oledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
Vänster sida							
<input type="checkbox"/> FO, fotbädd	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> FO, supramall	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> AFO, ledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> AFO, oledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> KAFO, ledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> KAFO, ledad m knälås	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert
<input type="checkbox"/> KAFO, oledad	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Osäkert

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om ortoser - fortsättning

Typ av ortos(er)	Indikation				Mål uppfyllt		
	G= Gångförmåga, B=Balans/ Stabilitet T=Träning, A=Annat				(Anges för huvudindikation)		
Bilateralt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HKAFO, ledad i höft	G	B	T	A	Nej	Ja	Osäkert
HKAFO, Reciprok (RGO)	G	B	T	A	Nej	Ja	Osäkert
HKAFO, ståskal	G	B	T	A	Nej	Ja	Osäkert
HKAFO, Swivel	G	B	T	A	Nej	Ja	Osäkert
Kommentar, ortosanvändning						

Uppgifter om spinal ortos

Användning av spinal ortos (korsett)		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Okänt		
<input type="checkbox"/> Ja Om Ja, ange indikation för spinal ortosanvändning nedan		
Definition användningstid: Genomsnittlig användningstid/dygn under de senaste 4 veckorna		
Förbättra sittfunktion		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Okänt		
Korrigerar deformitet		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Okänt		
<input type="checkbox"/> Ja Om Ja, ange användningstid	Dagar/vecka (1 – 7 dagar)	Timmar/användningsdag (Ange med halvtimmes noggrannhet)
	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)
Kommentar, spinal ortosanvändning	

Uppgifter om hudirritation/ sår

Nedanstående uppgifter besvaras för patienter med ortoser för nedre extremiteter
Har hudirritation/sår på nedre extremiteter förekommit under de senaste 4 veckorna
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hindrar ortosanvändning <input type="checkbox"/> Ja, hindrar inte ortosanvändning <input type="checkbox"/> Okänt
Om Ja, ange nedanstående uppgifter
Hudirritation
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, ange Ortos som orsakat hudirritation/sår (Ange <u>endast ett alternativ</u>)
<input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> AFO <input type="checkbox"/> KAFO <input type="checkbox"/> HKAFO

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om hudirritation/ sår - fortsättning

Nedanstående uppgifter besvaras för patienter med **spinal ortos (korsett)**

Har hudirritation/sår förekommit på kroppen efter spinal ortos/korsett under de senaste 4 veckorna

- Nej Ja, hindrar ortosanvändning Ja, hindrar inte ortosanvändning Okänt

Nedanstående uppgifter besvaras för alla patienter

Har hudsår av trycksårskarakter som inte är relaterade till ortoser förekommit under de senaste 4 veckorna

- Nej, har ej undersökt Nej, har undersökt, hittar inga
 Ja Om Ja, ange **lokalisation**

Kommentar,
hudirritation/sår

Uppgifter om smärta

Frågor om smärta är besvarade av

- Personen själv Någon i personens omgivning Både personen själv och någon i omgivningen

Upplever personen själv/någon i omgivningen att personen har ont just nu?

Upplever smärta nu Ja Nej Okänt

Hur ofta upplever personen själv/någon i omgivningen att personen har haft ont de senaste 4 veckorna?

Upplevt smärta de senaste 4 veckorna (Ange endast ett alternativ)

- Aldrig En eller två gånger En del
 Ganska ofta Mycket ofta Varje dag eller nästan varje dag

Nedanstående frågor besvaras endast om personen upplevt smärta nu eller under de senaste 4 veckorna

Hur stark smärta upplever personen själv/någon i omgivningen att personen haft de senaste 4 veckorna?

Smärtgradering

- Inget alls Lite grand En del Ganska mycket Mycket Väldigt mycket

Smärtans lokalisation de senaste 4 veckorna (Ange ett eller flera alternativ)

- Huvud Nacke Rygg Bröstkorg Buk
 Axlar/skuldror Armar/händer Höfter Lårben/knä Underben/fötter

Smärttidpunkter Dag Natt Både dag och natt

Smärtomständigheter I vila I rörelse Både i vila och rörelse

Smärtbeskrivning Molande/ständig Attackvis/periodvis

Kommentar, smärta

Har smärtan hindrat någon daglig aktivitet under de senaste 4 veckorna?

Smärtinverkan på daglig aktivitet Ja Nej Okänt

Kommentar, smärtinverkan

Har personen fått smärtlindrande medicin/enbart medicinsk behandling för denna uppgift de senaste 4 veckorna?

Smärtmedicin/medicinsk behandling Ja Nej Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om frakturer**Fraktur sedan föregående bedömning**

- Nej Okänt
 Ja Om Ja, ange lokalisation (Ange ett eller flera alternativ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Höger hand/fingrar | <input type="checkbox"/> Vänster hand/fingrar |
| <input type="checkbox"/> Höger underarm | <input type="checkbox"/> Vänster underarm |
| <input type="checkbox"/> Höger överarm | <input type="checkbox"/> Vänster överarm |
| <input type="checkbox"/> Höger nyckelben | <input type="checkbox"/> Vänster nyckelben |
| <input type="checkbox"/> Höger fot/tår | <input type="checkbox"/> Vänster fot/tår |
| <input type="checkbox"/> Höger underben | <input type="checkbox"/> Vänster underben |
| <input type="checkbox"/> Höger lårben | <input type="checkbox"/> Vänster lårben |
| <input type="checkbox"/> Bäcken | |
| <input type="checkbox"/> Kotpelare | |
| <input type="checkbox"/> Revben | |
| <input type="checkbox"/> Huvud | |

Kommentar, frakturer

.....
.....

Uppgifter om operationer**Opererade sedan föregående bedömning**

- Nej Okänt
 Ja Om Ja, ange genomgångna operationer

- | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ryggorpedisk operation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Annan ortopedisk operation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Shuntoperation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Operation av fjätttrad ryggmärg | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Gastrostomi | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Tracheostomi | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Stomi för urin | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Stomi för avföring/sköljning | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus |
| Annan operation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
Sjukhus /klinik |