

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Fysioterapeutuppgifter

Bedömare
Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömningsdatum (åååå-mm-dd)

Uppgifter om muskelstyrka (Var god se Manual, FT-formulär)

Bäckenlevation (m. Quadratus lumborum) Höger sida ☐ Ingen ☐ Svag ☐ God ☐ Ej bedömd

Bäckenlevation (m. Quadratus lumborum) Vänster sida ☐ Ingen ☐ Svag ☐ God ☐ Ej bedömd

	0	1	2	3	4	5	Ingen	Svag	God	Ej bedömd
Höger sida										
Höftflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftextension	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftadduktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftabduktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäextension	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dorsalflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plantarflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vänster sida										
Höftflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftextension	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftadduktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftabduktion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäextension	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dorsalflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plantarflexion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

.....
Specificera

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**

Passivt led-rörelseomfång - fortsättning

Höger sida

Vänster sida

	<i>Grader</i>	<i>Avvikande utgångsläge</i>			<i>Grader</i>	<i>Avvikande utgångsläge</i>	
<i>Höft, inåttrotation</i>		☐ Nej	☐ Ja			☐ Nej	☐ Ja
<i>Höft, utåttrotation</i>		☐ Nej	☐ Ja			☐ Nej	☐ Ja
<i>Höft, Ely's test</i>		☐ Nej	☐ Ja			☐ Nej	☐ Ja
<i>Höft, extension</i>		☐ Nej	☐ Ja			☐ Nej	☐ Ja

Kommentar, rörelseomfång

Uppgifter om rygg

Rygg (bedömd i sittande)

Kyfos

☐ Nej ☐ Kan ej avgöras ☐ Ej bedömd

☐ Ja Om Ja, ange om *kyfosopererad* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt

Skolios

☐ Nej ☐ Kan ej avgöras ☐ Ej bedömd

☐ Ja Om Ja, ange om *skoliosopererad* ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt

Uppgifter om motorisk utveckling

Ange barnets högsta egeninitierade grovmotoriska förmåga

(Var god se Manual, FT-formulär)

Nivå (Ange endast ett alternativ)

☐ 1. Stannar i rygggläge	☐ 6. Reser sig till stående utan stöd
☐ 2. Vänder rygg-mage	☐ 7. Går med hjälpmedel och ortos
☐ 3. Rör sig i magläge (pivoterar, hasar, böjer upp benen, fyrfota, kryper)	☐ 8. Går med hjälpmedel utan ortos
☐ 4. Sätter sig upp självständigt utan stöd	☐ 9. Går utan hjälpmedel med ortos
☐ 5. Reser sig till stående med stöd	☐ 10. Går utan hjälpmedel och utan ortos

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

Förmåga, högsta nivå ☐ Initierar ☐ Klarar

Lägestrygghet

Är barnet känsligt för lägesförändringar

☐ Nej ☐ Osäkert ☐ Okänt

☐ Ja Om Ja,
Specificera

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 gånghjälpmedel
- ☐ III – Går inomhus, behov av ortos och gånghjälpmedel samt rullstol längre sträckor
- ☐ IV – Går inomhus med ortoser och gånghjälpmedel, 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

Förflyttningshjälpmedel ☐ Inga ☐ Glidbräda/vridplatta
☐ Gånghjälpmedel ☐ 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 alternativet)

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	☐ Nej ☐ Ja, ange användningstid	(dagar/vecka)	. (timmar)
AFO, vänster	☐ Nej ☐ Ja, ange användningstid	(dagar/vecka)	. (timmar)
KAFO, höger	☐ Nej ☐ Ja, ange användningstid	(dagar/vecka)	. (timmar)
KAFO, vänster	☐ Nej ☐ Ja, ange användningstid	(dagar/vecka)	. (timmar)
HKAFO	☐ Nej ☐ Ja, ange användningstid	(dagar/vecka)	. (timmar)
Annan ortos	☐ Nej ☐ Ja, ange användningstid	(dagar/vecka)	. (timmar)

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

Notera: En eller flera ortoser kan väljas på vardera sidan

Typ av ortos(er)

Indikation

G= Gångförmåga, B=Balans/ Stabilitet

T=Träning, A=Annat

Höger sida

☐ FO, fotbädd	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ FO, supramall	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ AFO, ledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ AFO, oledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ KAFO, ledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ KAFO, ledad m knälås	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ KAFO, oledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A

Mål uppfyllt

(AnGES för huvudindikation)

[illegible]

Vänster sida

☐ FO, fotbädd	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ FO, supramall	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ AFO, ledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ AFO, oledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ KAFO, ledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ KAFO, ledad m knälås	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A
☐ KAFO, oledad	☐ G	☐ B	☐ T	☐ A

[illegible]

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn**

Uppgifter om ortoser - fortsättning

Typ av ortos(er)	Indikation					Mål uppfyllt		
	G= Gångförmåga, B=Balans/ Stabilitet					(Anges för huvudindikation)		
	T=Träning, A=Annat							
<u>Bilateralt</u>								
☐ 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	
<i>Kommentar, ortosanvändning</i>								

Uppgifter om spinal ortos

Användning av spinal ortos (korsett)

☐ Nej ☐ Okänt

☐ Ja Om Ja, ange indikation för spinal ortosanvändning nedan

Definition användningstid: Genomsnittlig användningstid/dygn under de senaste 4 veckorna

Förbättra sittfunktion

☐ Nej ☐ Ja ☐ Okänt

Korrigera deformitet

☐ Nej ☐ Okänt

☐ Ja Om Ja, ange användningstid

Dagar/vecka (1 – 7 dagar)	Timmar/användningsdag (Ange med halvtimmes noggrannhet)
(dagar/vecka)	. (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

☐ Nej ☐ Ja, hindrar ortosanvändning ☐ Ja, hindrar inte ortosanvändning ☐ Okänt

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Hudirritation

☐ Nej ☐ Ja Om Ja, ange **Ortos som orsakat hudirritation/sår** (Ange endast ett alternativ)

☐ FO ☐ AFO ☐ KAFO ☐ 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 trycksårskaraktär 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 **lokalisering**

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 ☐ Våldigt mycket

Smärtans lokalisering 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

