

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Följande uppgifter insamlas upprepade gånger enligt schema av någon personen med ryggmärgsbråck/annan spinal dysrafism/hydrocefalus har kontakt med. Innehåller frågor till personen, status (vikt, ev. blodtryck, hudsår, bensvullnad) och journaluppgifter. Avsikten är att fånga upp aktuella behov av sjukvård/stöd och se till att personen får kontakt med rätt instans.

Genomförd av namn.....yrke.....verksamhet.....ort.....

Uppgifter om aktuell social situation

Datum -- (åååå-mm-dd)

Civilstånd (endast ett alternativ möjligt) Ej gift eller sambo Gift eller sambo Okänt

Boendeform (flera alternativ möjliga) Med föräldrar Ensamboende Sammanboende
Bor med egna och/eller sambos barn Gruppboende/boende med särskild service
Vårdinrättning/sjukhem Okänt

Har du de anpassningar du behöver i ditt boende? Ja Nej Okänt

Sysselsättning Kryssa i alla aktuella alternativ och fyll %

	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> Studier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbete* (se nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Praktik/Arbetsträning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbetssökande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ingen sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat - vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Okänt				

*Om arbete, är det ett arbete med stöd från Arbetsförmedlingen, t.ex. lönebidrag? Ja Nej Okänt

Försörjning (flera alternativ möjliga) Lön Aktivitets-/sjukersättning("Sjukpension") Ålderspension Handikappersättning
Annat..... Okänt

Hur nöjd är du med sysselsättning och försörjning? (ett alternativ) Nöjd Varken nöjd el. missnöjd
Missnöjd Okänt

Vilket stöd har du? (flera alternativ möjliga) Personlig assistans Hemtjänst Ledsagare Anhörig
God Man Annat,vad:..... Inget Okänt

Hur nöjd är du med det stöd du får? Nöjd Varken nöjd el. missnöjd
Missnöjd Okänt

Uppgifter om motorik och förflyttning

Går/står du (inkl. med stöd) **lika mycket nu som förra året?** Ja Nej mer Nej mindre Okänt Ej aktuellt

Har du ramlat/fallit senaste månaden? Ja Nej Okänt

Ligger och sitter du bra? Ja Nej Okänt

Fungerar din rullstol/dyna som de ska? Ja Nej Okänt Ej aktuellt

Fungerar dina övriga hjälpmedel som de ska? Ja Nej Okänt Ej aktuellt

Om du har ortoser, använder du dem? Ja Nej Okänt Ej aktuellt

Har du frågor om hur du kan bibehålla/förbättra din funktion (Styrka, uthållighet, rörlighet) Ja Nej Okänt

Vill du förstärka din självständighet i vardagssysslor? Ja Nej Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om hälsa

Aktuell viktkg Vikt okänd Aktuellt blodtryck/..... mm Hg Bltr okänt

Har du nytillkomna besvär (som vid shunt dysfunktion eller syringomyeli) t.ex: **huvudvärk, nackvärk, trötthet, synproblem, koncentrationssvårigheter, heshet, sväljsvårigheter, ökad fumlighet?** Ja Nej Okänt

Har du nytillkomna besvär (som vid fjättrad ryggmärg) t.ex: **fotfelställning, förändrad muskelspänning, försämrad gångförmåga, ändrad urinblåsefunktion = lättare/ svårare läcka urin eller att tömma blåsan, domningar, stickningar, brännande eller utskjutande smärta, förändrad känsel?** Ja Nej Okänt

Har du andningsbesvär? t.ex: långa andningsuppehåll under sömn eller vila, andfåddhet, trötthet/morgonhuvudvärk, slemproblematik? Ja Nej Okänt

Har du andningshjälpmedel Ja* Nej *Om ja, vad:.....

Om du har epilepsi, hur nöjd är du med din nuvarande behandling?
 Nöjd Varken nöjd eller missnöjd Missnöjd Okänt

Har du brutit något ben i kroppen, senaste 3 åren? Ja Nej Okänt

Har du frågor kring sex och samlevnad som du vill prata med någon om? Ja Nej Okänt

Har du tryckmärken eller hudsår som är äldre än tre veckor , dvs är svåra att läka? Ja* Nej Okänt
 *Om ja, vad: rött kvarstående märke sår

Är underben eller fötter svullna? Ja Nej Okänt

Uppgifter om urin- och tarmtömningsfunktioner

Hur tömmer du urinblåsan? (flera alternativ kan anges)

Kastar vatten/kissar utan att krysta Kastar vatten/kissar med krystning eller manuell kompression

Intermittent kateter via urinröret (RIK) Kvarliggande kateter via urinröret (KAD) eller buken(suprapubisk)

Stomi med påse Stomi som töms med kateter/RIK via alternativ kanal

Går du på regelbunden kontroll av urinblåsa och njurar? Ja Nej Okänt

Har du tagit blodprov för njurfunktion under senaste 3 åren Ja Nej Okänt

Har du fått antibiotika p.g.a. urinvägsinfektion senaste året Ja* Nej Okänt
 Om ja*: ungefär hur många antibiotikakurer senaste året:.....

Har du urinläckage? Ja Nej Okänt

Har urinblåsans funktion ändrat sig senaste åren? (t.ex. ökat/minskat läckage, trängningar eller infektioner)
 Ja Nej Okänt

Vill du träffa någon som har mer kunskap kring blåstömningsmetoder och urinläckage?
 (t.ex: rutiner, läkemedel, hjälpmedel eller operation) Ja Nej Okänt

Har du svårigheter att tömma tarmen? Ja* Nej Okänt
 *Om ja, vad: smärta hård avföring/svårt att krysta tar lång tid annat:.....

Har du avföringsläckage? Ja Nej Okänt

Vill du träffa någon som har mer kunskap kring tarmtömningsbesvär eller avföringsläckage?
 (t.ex: rutiner, läkemedel, hjälpmedel eller operation) Ja Nej Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om minne och tänkande

Behöver du någon som påminner dig eller stöttar dig att komma igång?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Okänt
Glömmer du lätt instruktioner?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Okänt
Vill du lära dig mer om stöd eller strategier för detta?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt	

Uppgifter om smärta

Har du upplevt smärta senaste månaden?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Alltid/hela tiden	<input type="checkbox"/> Okänt
Var har du haft ont under senaste månaden?					
<input type="checkbox"/> Huvud	<input type="checkbox"/> Nacke	<input type="checkbox"/> Rygg	<input type="checkbox"/> Bröstkorg	<input type="checkbox"/> Buk	<input type="checkbox"/> Axlar/skuldror
<input type="checkbox"/> Armar/händer	<input type="checkbox"/> Höfter	<input type="checkbox"/> Lårben/knä	<input type="checkbox"/> Underben/fötter	<input type="checkbox"/> Annan lokalisation, vilken.....	<input type="checkbox"/> Okänt
Under senaste månaden, hur mycket har smärta stört arbete, fritid, dagliga sysslor eller sömn?					
<input type="checkbox"/> Inte alls	<input type="checkbox"/> Lite	<input type="checkbox"/> Måttligt	<input type="checkbox"/> Mycket	<input type="checkbox"/> Våldigt mycket	<input type="checkbox"/> Okänt

Uppgifter hälso- och sjukvårdskontakter

Finns det något ställe eller någon person som du kan kontakta oavsett vilket hälsoproblem det gäller, och få antingen kompetent insats/behandling eller få remiss till rätt klinik?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet inte
*Om ja: <input type="checkbox"/> kontakten går oftast bra <input type="checkbox"/> svårt att få kontakt <input type="checkbox"/> svårt att komma vidare till rätt klinik			

Sammanfattning – aktuella behov av insatser

Aktuella behov av insatser?	<input type="checkbox"/> pågående insatser tillräckliga	<input type="checkbox"/> pågående insatser behöver kompletteras
Information om aktuella behov kommer att vidarebefordras till följande behandlare: (nya behandlare via remiss, pågående behandlare på enklast sätt)		
Barnhabilitering	<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Sköterska
	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut
	<input type="checkbox"/> Kurator	<input type="checkbox"/> Psykolog
Vuxenhabilitering	<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Sköterska
	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut
	<input type="checkbox"/> Kurator	<input type="checkbox"/> Psykolog
Primärvård/kommun	<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Sköterska
	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut
	<input type="checkbox"/> Kurator	<input type="checkbox"/> Psykolog
Specialistsjukvård	<input type="checkbox"/> Uroterapeut	<input type="checkbox"/> Urolog
	<input type="checkbox"/> Njurmedicin	<input type="checkbox"/> Ortoped
	<input type="checkbox"/> Neurokirurg	<input type="checkbox"/> Neurolog
	<input type="checkbox"/> Rehabiläkare	<input type="checkbox"/> Kirurg
	<input type="checkbox"/> Akutmottagning	
<input type="checkbox"/> Annan medicinsk kontakt, vilken:.....		
Om personen har en ansvarig samordnande verksamhet finns kontaktuppgifter i ”MMCUP Deltagarformulär” – eller ska skrivas in där.		
Kommentar:.....		

Kontrollera och UPDATERA vid behov samordningsansvarig verksamhet inklusive kontaktuppgifter i formuläret ”1.0 MMCUP_Deltagare”

Samordningsansvarig verksamhet = verksamhet som assisterar personen med samordning av sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser relaterade till spinal dysrafism/HC