

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.....

Datum -- (åååå-mm-dd)

**Uppgifter om aktuell social situation**

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

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

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

**4.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

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

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

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

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

**Uppgifter om motorik och förflyttning**

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

**10.Har du ramlat/fallit senaste månaden?** Ja Nej Okänt

**11.Ligger och sitter du bra?** Ja Nej Okänt

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

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

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

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

**16.Vill du förstärka din självständighet i vardagsysslor?** Ja Nej Okänt

Personnummer           -     (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

**Uppgifter om hälsa**

17. Aktuell vikt .....kg  Vikt okänd      18. Aktuellt blodtryck ...../..... mm Hg  Bltr okänt

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

20. 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

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

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

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

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

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

25. 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

26. Är underben eller fötter svullna?  Ja  Nej  Okänt

**Uppgifter om urin- och tarmtömningsfunktioner**

27. 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

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

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

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

31. Har du urinläckage?  Ja  Nej  Okänt

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

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

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

35. Har du avföringsläckage?  Ja  Nej  Okänt

36. 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

37. Behöver du någon som påminner dig eller stöttar dig att komma igång?  Aldrig  Ibland  Ofta  Okänt
38. Glömm du lätt instruktioner?  Aldrig  Ibland  Ofta  Okänt
39. Vill du lära dig mer om stöd eller strategier för detta?  Ja  Nej  Okänt

### Uppgifter om smärta

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

### Uppgifter hälso- och sjukvårdskontakter

43. 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?  Ja\*  Nej  Vet inte
- \*Om ja:  kontakten går oftast bra  svårt att få kontakt  svårt att komma vidare till rätt klinik

### Sammanfattning – aktuella behov av insatser

44. Aktuella behov av insatser?  pågående insatser tillräckliga  pågående insatser behöver kompletteras

**Information om aktuella behov kommer att vidarebefordras till följande behandlare:** (nya behandlare via remiss, pågående behandlare på enklast sätt )

**Barnhabilitering**  Läkare  Sköterska  Fysioterapeut  Arbetsterapeut  Kurator  Psykolog

**Vuxenhabilitering**  Läkare  Sköterska  Fysioterapeut  Arbetsterapeut  Kurator  Psykolog

**Primärvård/kommun**  Läkare  Sköterska  Fysioterapeut  Arbetsterapeut  Kurator  Psykolog

**Specialistsjukvård**  Uroterapeut  Urolog  Njurmedicin  Ortoped  Neurokirurg  Neurolog  
 Rehabiläkare  Kirurg  Akutmottagning

Annan medicinsk kontakt, vilken: .....

Om personen har en ansvarig samordnande verksamhet finns kontaktuppgifter i ”MMcup Deltagarformulär” – eller ska skrivas in där.

**Kommentar:** .....

### Kontrollera och UPPDATERA 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