

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Bedömare Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömningsdatum - - (åååå-mm-dd)

Uppgifter om muskelstyrka övre extremitet (fr.o.m. 8 års ålder, se manual, FT-formulär)

Höger sida	0	1	2	3	4	5	Ingen	Svag	God	Ej bedömd
	Skulderabduktion	Armbågsflexion	Armbågsextension	Handledsextension						
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
Vänster sida	0	1	2	3	4	5	Ingen	Svag	God	Ej bedömd
	Skulderabduktion	Armbågsflexion	Armbågsextension	Handledsextension						
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>									

Handdynamometer: Ange typ av mätare..... Högerkg Vänster.....kg

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

Bäckenelevation (m. Quadratus lumborum)	Höger sida:	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Ej bedömd
Bäckenelevation (m. Quadratus lumborum)	Vänster sida:	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Ej bedömd
Höger sida					
0 1 2 3 4 5					
Vänster sida					
0 1 2 3 4 5					
Höftflexion					
Höftextension					
Höftadduktion					
Höftabduktion					
Knäflexion					
Knäextension					
Dorsalflexion					
Plantarflexion					
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, vad.....

Klassifikation muskelfunktionsnivå (svagaste sidan gäller, ett alternativ; se Manual FT-formulär)

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

Kommentar, muskelstyrka

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om muskeltonus

Skattning av muskeltonus i vila enligt Modified Ashworthskala (se även manual)

0= ingen förhöjd muskeltonus.

1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan.

+1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget).

2= mer markant förhöjning av tonus genom större delen av rörelsebanan, rörelsen fortfarande lätt att utföra.

3= avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser.

4= stelhet vid flexion eller extension av kroppsdelens.

	Höger					Vänster						
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Armbågsflexorer	<input type="checkbox"/>											
Höftadduktörer	<input type="checkbox"/>											
Knäflexorer	<input type="checkbox"/>											
Dorsalflexorer	<input type="checkbox"/>											

Fotklonus Nej Ja Nej Ja

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

Hypotonus, bål Nej Ja Kan ej avgöras Ej bedömd

OBS! Det står fel i 3C men rätt här.
Mata in värde för "Dorsalflexorer"
i 3C istf som det står
"Plantarflexorer". Detta ska
justeras så snart som möjligt!

Kommentar muskeltonus.....

Uppgifter om passivt ledrörelseomfång

(Ange avvikande utgångsposition "ja", se Manual, FT-formulär)

Position	Höger sida			Vänster sida		
Liggande på rygg	Grader	Avvikande utgångsläge		Grader	Avvikande utgångsläge	
Höftabduktion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Höftextension	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Höftflexion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Knä, hamstringsvinkel	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Knäextension	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Knäflexion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Fot, dorsalflexion (flekteterat knä)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Fot, dorsalflexion (extenderat knä)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Fot, plantarflexion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Liggande på mage						
Höft, inåtrotation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Höft, utåtrotation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Höft Ely's test (barn)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Kommentar, rörelseomfång						

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – ryggliggande (från 6 mån ålder, se manual)

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i ryggliggande
- 2 = Kan rätas ut och placeras i ryggliggande men behöver stöd
- 3 = Kan ligga på rygg utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan initiera flexion av bålen (stabilisera bål för att lyfta huvud eller knä)
- 5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (rulla åt sidan)
- 6 = Kan ta sig ur ryggliggande (byta ställning ex rulla över på mage eller upp till sittande)
- 7 = Kan ta sig i och ur ryggliggande (ex till sittande och tillbaks till ryggliggande)

<i>Ryggliggande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk	
Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet	
Armarna vilande längs sidorna	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

<i>Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Benen raka, sträckta höfter och knä	
Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

Kommentar.....

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – sittande på brits (från 12 mån ålder, se manual)

- 1 = Kan inte placeras i sittande
- 2 = Kan placeras i sittande men behöver stöd
- 3 = Kan sitta utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan luta bålen lite framåt - bakåt innanför understödsytan
- 5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (från ena bäckenhalvan till den andra)
- 6 = Kan ta sig ur sittande (byta ställning, ex ta tyngd på fötterna och lätta från britsen)
- 7 = Kan ta sig i och ur sittande (ex till stående och tillbaks till sittande)

<i>Sittande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk	
Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet	
Armarna vilande längs sidorna	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

<i>Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
Huvudet i medellinjen	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Höfterna böjda (90°)	
Knän böjda (90°)	
Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng	

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar.....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – stående (från 18 mån ålder, se manual)

PPAS, postural förmåga stående

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i stående
- 2 = Kan rätas ut och placeras i stående men behöver stöd
- 3 = Kan stå utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan luta bålen lite framåt - bakåt innanför understödsytan
- 5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (från ena foten till den andra)
- 6 = Kan ta sig ur stående (byta ställning ex flytta en fot framåt)
- 7 = Kan ta sig i och ur stående (ex gå och stanna)

Stående, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk	
Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet	
Armarna vilande längs sidorna	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

Stående, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Benen raka med sträckta höfter och knän	
Fötterna i neutralläge/ fotsulorna i golvet	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

Bedömd i stående: Utan stöd Med stöd I ståhjälpmittel

Kommentar.....

Uppgifter om förflyttningar

Bedömning av personens funktionella gångförmåga (se manual MMCUP fysioterapi)

Funktionell gångförmåga (ange det vanligaste förekommande alternativet)

- I – Går både inom- och utomhus. Ej behov av ortoser (ev inlägg). Håller gångtakten med jämnåriga vid gång utomhus.
- II – Går inom och utomhus. Behov av ortoser men ej av gånghjälpmittel. Använder rullstol utomhus enbart vid längre förflyttning.
- III – Går inomhus. Behov av ortoser (och gånghjälpmittel). Använder rullstol utomhus och vid längre avstånd inomhus.
- IV – Går inomhus med ortoser och gånghjälpmittel. Använder rullstol inom- och utomhus
- V – Har träningsgång i skola, terapi och hemma. Förflyttar sig funktionellt med rullstol.
- VI – Går inte. Har evståfunktion.
- Ej bedömd

Bedöm personens förmåga till överflyttningar/korta förflyttningar i bostaden där personen huvudsakligen vistas (> 7 års ålder; ange det vanligaste alternativet för respektive fråga)

Förflyttningsposition Sittande Stående Okänt

Hjälp av annan person Ja Nej Okänt

Förflyttningshjälpmittel Inga Glidbräda/vridplatta Gånghjälpmittel Lyft/sele Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om rullstol**Manuell rullstol** (Ange det vanligaste förekommande alternativet)

- Använder ej Blir körd Kör själv Okänt

Har elektrisk rullstol, eller motsvarande för yngre barn

- Ja Nej Okänt

Uppgifter om stående**Stående** Står ej Står med stöd Står utan stöd**Använder ståhjälpmittel** Nej Ja Okänt **Om ja, ange**Dagar per vecka 1-2 3-4 5-6 7Antal timmar/dag <1 1-2 3-4 >4**Typ av ståhjälpmittel** (fler alternativ kan anges t ex ståskal och tippbräda)

- Tippbräda/ Ståstöd Ståskal Stårullstol Annat _____

Ståhjälpmittel används i kombination med: Ortoser Korsett**Kommentar** _____**Uppgifter om ortoser****Användning av ortos/er för övre extremiteterna**

- Nej Okänt Ja ; Om Ja, ange indikation och genomsnittlig användningstid

indikation för ortosanvändning

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

användningstid, 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
Handortos, höger	<input type="text"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka) I.....I. (timmar)
Handortos, vänster	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka) I.....I (timmar)

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

- Nej Okänt Ja; Om Ja, ange indikation och användningstid

indikation för ortosanvändning

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

Uppgifter på nästa sida besvaras om indikation är att bibehålla rörelseomfång/kontrakturbehandling

(Fortsättning)

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om ortoser – fortsättning

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 ortesen 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)

BARNHAB: Nedanstående uppgifter besvaras **om indikation är för funktion.** Notera: En eller flera ortoser kan väljas på vardera sidan
G=Gångförmåga, B=Balans/Stabilitet (Anges för huvudindikation)

Type av ortos(er)	Indikation	Mål uppfyllt
Höger sida	G= Gångförmåga, B=Balans/Stabilitet T=Träning, A=Annat	(Anges för huvudindikation)
<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

Type av ortos(er)	Indikation	Mål uppfyllt
Bilateralt	G= Gångförmåga, B=Balans/Stabilitet T=Träning, A=Annat	
<input type="checkbox"/> HKAFO, ledad i höft	<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"/> HKAFO, Reciprok (RGO)	<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"/> HKAFO, ståskal	<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"/> HKAFO, Swivel	<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

Kommentar, ortosanvändning.....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om spinal ortos

Användning av spinal ortos (korsett)

Nej Ja, ange indikation för spinal ortosanvändning och användningstid nedan Okänt

Indikation - förbättra sittfunktion

Nej Ja Okänt

Indikation korrigera/förhindra progress av deformitet

Nej Okänt Ja, ange användningstid Dagar/vecka
(1 – 7 dagar) Timmar/användningsdag
(Ange med halvtimmes noggrannhet)

(dagar/vecka)

. (timmar)

Använder formgjuten rygg/sits/specialanpassad stol pga ryggdeformitet Nej Ja Okänt

Kommentar, spinal ortos/specialanpassat sittande

Uppgifter om sår (vuxenhab, 18 år)

Patienten upplever nedsatt känsel i sätesregionen fötter nej, uppger god känsel osäkert/okänt

Upplever personen att känseln förändrats sedan föregående bedömning? nej, oförändrat osäkert/okänt

ja, förändrats, beskriv

Har hudsår av trycksårskarakter/ svårläktå sår förekommit under de senaste 4 veckorna

Nej, har ej undersökt Nej, har undersökt, hittar inga

Ja Om ja, ange lokalisation..... Rött kvarstående märke sår

Ja Om ja, ange lokalisation..... Rött kvarstående märke sår

Ja Om ja, ange lokalisation..... Rött kvarstående märke sår

Uppgifter om hudirritation / sår (alla 16-17 år, barnhab 18 år)

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

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, ange **lokalisering:**

Kommentar

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om smärta (vuxenhab)**Frågorna är besvarade av:**

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

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

Om ja: 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 Annan lokalisering, vilken.....

Under de senaste fyra veckorna hur mycket har värken eller smärtan stört personens normala arbete
(innefattar både arbete utanför hemmet och andra dagliga sysslor)?

- Inte alls Lite Måttligt Mycket Väldigt mycket

Under de senaste fyra veckorna hur mycket har värken eller smärtan stört personens sömn?

- Inte alls Lite Måttligt Mycket Väldigt mycket

Uppgifter om smärta (barnhab)**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 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 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
Smärtskrivning 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 (om det är första bedömning notera om möjligt alla tidigare frakturer, och ungefärligt årtal eller ålder i kommentaren)

Nej Okänt Ja, ange lokalisering (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 | Kommentar, frakturer..... |
| <input type="checkbox"/> Revben | |
| <input type="checkbox"/> Huvud | |

Uppgifter om operationer

Opererade sedan föregående bedömning* Nej Okänt Ja, ange genomgångna op.

(*om det är första bedömning notera om möjligt alla tidigare operationer, och ungefärligt årtal eller ålder i kommentaren, sjukhus behöver då inte vara med)

- | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Ryggortopedisk 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, t.ex. amputation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | vad? |

.....
Sjukhus /klinik