

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
Axelabduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armbågsflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armbågsextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handledsextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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
Axelabduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armbågsflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armbågsextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handledsextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: Ingen Svag God Ej bedömd

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

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

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

*Obligatorisk variabel; nivå måste anges, men man kan ange om bedömningen är osäker

- I: Sacral II: Låg lumbal III: Mellanlumbal IV: Hög lumbal V: Hög lumbal/thoracal
- 0: Full styrka i nedre extremiteternas muskler Muskelfunktionsnivå svårbedömd

Kommentar, muskelfunktionsnivå.....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om muskeltonus

Skattning av muskeltonus i vila enligt Modifierad 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höftadduktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäflexorer (hamstrings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantarflexorer (gastroc-soleus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotklonus	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
Avvikande kroppsställning utan kontraktur (t.ex. pronation av foten)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
Hypotonus, bål	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kan ej avgöras	<input type="checkbox"/> Ej bedömd								

Kommentar muskeltonus.....

Uppgifter om passivt ledrörelseomfång (Ange om avvikande utgångsposition= "ja", se Manual, FT-formulär)

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

Ryggliggande, 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 (adderas automatiskt i 3C)	

Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Benen raka, sträckta höfter och knä	
Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

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 lämna från britsen)
- 7 = Kan ta sig i och ur sittande (ex till stående och tillbaks till sittande)

Sittande, 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 (adderas automatiskt i 3C)	

Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Höfterna böjda (90°)	
Knän böjda (90°)	
Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar.....

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 ståhjälpmedel Nej Ja Okänt **Om ja, ange**

Dagar per vecka 1-2 3-4 5-6 7

Antal timmar/dag <1 1-2 3-4 >4

Typ av ståhjälpmedel (fler alternativ kan anges t ex ståskal och tippbräda)

Tippbräda/ Ståstöd Ståskal Stårullstol Annat _____

Ståhjälpmedel används i kombination med: Ortoser Korsett

Kommentar _____

Uppgifter om ortoser

Användning av ortos/er för övre extremiteterna

Nej Okänt Ja ; Om Ja, ange *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="checkbox"/> 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 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"/> (timmar)
AFO, vänster	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
KAFO, höger	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
KAFO, vänster	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
HKAFO	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
Annan ortos	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<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)

Typ av ortos(er)

Indikation

Mål uppfyllt

G= Gångförmåga, B=Balans/Stabilitet

(Anges för huvudindikation)

T=Träning, A=Annat

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 knä-lås	<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 knä-lås	<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

Typ 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, ortos användning.....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om spinal ortos

Användning av spinal ortos (korsett)

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

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)
<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> . <input type="text"/> (timmar)

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

Använder formgjuten rygg/sits/specialanpassad stol pga ryggedformitet 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 trycksårskaraktär/ svårläkta 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 trycksårskaraktär som inte är relaterade till ortoser förekommit under de senaste 4 veckorna

Nej, har ej undersökt Nej, har undersökt, hittar inga Ja, ange **lokalisation:**

Kommentar

Uppgifter om smärta (vuxenhab)

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

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

Huvud Nacke Rygg Bröstkorg Buk Axlar/skuldror Armar/händer

Höfter Lårben/knä Underben/fötter Annan lokalisation, 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 Våldigt mycket

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

Inte alls Lite Måttligt Mycket Våldigt 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: Lite grand En del Ganska mycket Mycket Våldigt 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 (om det är första bedömning notera om möjligt alla tidigare frakturer, och ungefärligt årtal eller ålder i kommentaren)

Nej Okänt 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"/> Bäckén | |
| <input type="checkbox"/> Kotpelare | |
| <input type="checkbox"/> Revben | |
| <input type="checkbox"/> Huvud | |

Kommentar, frakturer.....

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 fjättrad 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 |