

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Bedömare
 Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömningsdatum -- (åååå-mm-dd)

Uppgifter om muskelstyrka övre extremitet (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
 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) Nej Ja

Kommentar muskeltonus.....

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

<u>Position</u>	<u>Höger sida</u>		<u>Vänster sida</u>	
<i>Liggande på rygg</i>	<i>Grader</i>	<i>Avvikande utgångsläge</i>	<i>Grader</i>	<i>Avvikande utgångsläge</i>
Höftabduktion	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Höftextension	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Höftflexion	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Knä, hamstringsvinkel	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Knäextension	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Knäflexion	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Fot, dorsalflexion (flekerat knä)	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Fot, dorsalflexion (extenderat knä)	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Fot, plantarflexion	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
<i>Liggande på mage</i>				
Höft, inåtrotation	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja
Höft, utåtrotation	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja	[][][][]	<input type="checkbox"/> Ja

Kommentar, rörelseomfång

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – ryggliggande (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 viktfordelning	
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 viktfordelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

Kommentar

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – sittande på brits (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)

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 viktfordelning	
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

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – stående (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 viktfordelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

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 viktfordelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

Bedömd i stående: Utan stöd Med stöd I ståhjälpmedel

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

Bedöm personens förmåga till överflyttningar/korta förflyttningar i bostaden där personen

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 om rullstol

Manuell rullstol (Ange det vanligaste förekommande alternativet)

Använder ej Blir körd Kör själv Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Har elektrisk rullstol 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 *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*

*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)

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 Okänd

Indikation - förbättra sittfunktion Nej Ja Okänt

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

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"/> (timmar)

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

Kommentar, spinal ortos/specialanpassat sittande

Uppgifter om sår

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

Upplever personen att känseln förändrats sedan föregående bedömning*? *senaste tre åren om första 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

<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange lokalisation.....	<input type="checkbox"/> Rött kvarstående märke	<input type="checkbox"/> sår
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange lokalisation.....	<input type="checkbox"/> Rött kvarstående märke	<input type="checkbox"/> sår
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange lokalisation.....	<input type="checkbox"/> Rött kvarstående märke	<input type="checkbox"/> sår

Uppgifter om smärta

Frågorna är besvarade av: Personen själv Någon i personens omgivning

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 Väldigt mycket

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

Inte alls Lite Måttligt Mycket Väldigt mycket

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 |