

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 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 ståhjälpmiddel

Kommentar.....

Uppgifter om motorisk utveckling (Se Manual FT -formulär)

Barnets egeninitierade grovmotoriska förmåga, nivå (0-6 år; Ange endast ett alternativ)

- 1. Stannar i ryggläge
- 2. Vänder rygg-mage
- 3. Rör sig i magläge (pivoterar, hasar, böjer upp benen, fyrfota, kryper)
- 4. Sätter sig upp självständigt utan stöd
- 5. Reser sig till stående med stöd
- 6. Reser sig till stående utan stöd
- 7. Går med hjälpmedel och ortos
- 8. Går med hjälpmedel utan ortos
- 9. Går utan hjälpmedel med ortos
- 10. Går utan hjälpmedel och utan ortos

Vid bedömning av förmåga: Om högsta nivå är ”Stannar i ryggläge” så ska förmåga anges som ”Klarar”

Förmåga, högsta nivå Initierar Klarar

Lägestrygghet: Är barnet känsligt för lägesförändringar Nej Osäkert Okänt Ja*

*Om ja, specificera.....

Bedömning av barnets sittförmåga (notera högsta nivå) (Var god se Manual, FT-formulär)

(Ange endast ett alternativ)

- 1 - Kan ej placeras
- 2 - Stöd från huvud och nedåt
- 3 - Stöd från skuldror och nedåt
- 4 - Stöd av bäcken
- 5 - Bibehåller positionen, rör sig inte
- 6 - Luta bålen framåt, rätar upp sig igen
- 7 - Luta bålen åt sida, rätar upp sig igen
- 8 - Luta bålen bakåt, rätar upp sig igen
- Ej bedömt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

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 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 (> 7 år; ange det vanligaste alternativet för respektive fråga)

- Förflyttningsposition Sittande Stående Okänt
 Hjälpt av annan person Ja Nej Okänt
 Förflyttningshjälpmedel Inga Glidbräda/vridplatta Gånghjälpmedel Lyft/sele Okänt

Uppgifter om rullstol och stående

Manuell rullstol (Ange vanligaste förekommande alternativet) Använder ej Blir körd Kör själv Ok

Har elektrisk rullstol, eller motsvarande för yngre barn Ja Nej Okänt

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)

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om ortoser – fortsättning

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)

G= Gångförmåga, B=Balans/Stabilitet (Anges för huvudindikation)

Nedanstående uppgifter besvaras **om indikation är för funktion**

Notera: En eller flera ortoser kan väljas på vardera sidan

Typ av ortos(er)

Indikation

Mål uppfyllt

G= Gångförmåga, B=Balans/Stabilitet
T=Träning, A=Annat

(Anges för huvudindikation)

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 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

Fortsättning nästa sida

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om ortoser - fortsättning

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, Reiprok (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								

Uppgifter om spinal ortos

Användning av spinal ortos (korsett)
 Nej Ja, ange indikation för spinal ortos användning 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 halvtimmars noggrannhet)
<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)

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

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

Kommentar, spinal ortos/specialanpassat sittande

Uppgifter om hudirritation / sår

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 ortos användning Ja, hindrar inte ortos användning Okänt

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Hudirritationen/såren är relaterade till ortos användning
 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 ortos användning Ja, hindrar inte ortos användning 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

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om smärta (barn)

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

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)

- Höger hand/fingrar Vänster hand/fingrar
- Höger underarm Vänster underarm
- Höger överarm Vänster överarm
- Höger nyckelben Vänster nyckelben
- Höger fot/tår Vänster fot/tår
- Höger underben Vänster underben
- Höger lårben Vänster lårben
- Bäckén
- Kotpelare
- Revben
- Huvud

Kommentar, frakturer.....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om operationer

Opererad 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 Nej Ja
Sjukhus

Annan ortopedisk operation Nej Ja
Sjukhus

Shuntoperation Nej Ja
Sjukhus

Operation av fjättrad ryggmärg Nej Ja
Sjukhus

Gastrostomi Nej Ja
Sjukhus

Tracheostomi Nej Ja
Sjukhus

Stomi för urin Nej Ja
Sjukhus

Stomi för avföring/sköljning Nej Ja
Sjukhus

Annan operation, t.ex. amputation Nej Ja vad?
.....
Sjukhus /klinik