

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Bedömare* Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömningsdatum - - (åååå-mm-dd) *Fyll i formulär 3.0 Bedömare FT första gången

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"/>									
Armbågsflexion	<input type="checkbox"/>									
Armbågsextentions	<input type="checkbox"/>									
Handledsextentions	<input type="checkbox"/>									
Vänster sida	0	1	2	3	4	5	Ingen	Svag	God	Ej bedömd
Axelabduktion	<input type="checkbox"/>									
Armbågsflexion	<input type="checkbox"/>									
Armbågsextentions	<input type="checkbox"/>									
Handledsextentions	<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)

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

<input type="checkbox"/> I: Sacral	<input type="checkbox"/> II: Låg lumbal	<input type="checkbox"/> III: Mellanlumbal	<input type="checkbox"/> IV: Hög lumbal	<input type="checkbox"/> V: Hög lumbal/thoracal
<input type="checkbox"/> 0: Full styrka i nedre extremiteternas muskler	<input type="checkbox"/> Muskelfunktionsnivå svårbedömd			

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.

	<i>Höger</i>					<i>Vänster</i>						
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
<i>Armbågsflexorer</i>	<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"/>
<i>Höftadduktorer</i>	<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"/>
<i>Knäflexorer (hamstrings)</i>	<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"/>
<i>Plantarflexorer (gastroc-soleus)</i>	<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"/>
<i>Fotklonus</i>	<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

Hypotonus, bål Nej Ja Kan ej avgöras Ej bedömd

Kommentar muskeltonus.....

Uppgifter om passivt ledrörelseomfång

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

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

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 (adderas automatiskt i 3C)	

<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 (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 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 (adderas automatiskt i 3C)	

<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 (adderas automatiskt i 3C)	

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 (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 viktfördelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

Bedömd i stående: Utan stöd Med stöd I ståhjälpmmedel

Kommentar.....

Uppgifter om motorisk utveckling (Se Manual FT -formulär)

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Stannar i ryggläge | <input type="checkbox"/> 6. Reser sig till stående utan stöd |
| <input type="checkbox"/> 2. Vänder rygg-mage | <input type="checkbox"/> 7. Går med hjälpmmedel och ortos |
| <input type="checkbox"/> 3. Rör sig i magläge (pivotrar, hasar, böjer upp benen, fyrfota, kryper) | <input type="checkbox"/> 8. Går med hjälpmmedel utan ortos |
| <input type="checkbox"/> 4. Sätter sig upp självständigt utan stöd | <input type="checkbox"/> 9. Går utan hjälpmmedel med ortos |
| <input type="checkbox"/> 5. Reser sig till stående med stöd | <input type="checkbox"/> 10. Går utan hjälpmmedel och utan ortos |

Vid bedömning av förmåga: Om högsta nivå är ”Stannar i rygg läge” 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)

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

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om förflyttningar

Bedömnning 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 gånghjälpmmedel. Använder rullstol utomhus enbart vid längre förflyttning.
- III – Går inomhus. Behov av ortoser (och gånghjälpmmedel). Använder rullstol utomhus och vid längre avstånd inomhus.
- IV – Går inomhus med ortoser och gånghjälpmmedel. 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	<input type="checkbox"/> Sittande	<input type="checkbox"/> Stående	<input type="checkbox"/> Okänt		
Hjälp av annan person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt		
Förflyttningshjälpmmedel	<input type="checkbox"/> Inga	<input type="checkbox"/> Glidbräda/vridplatta	<input type="checkbox"/> Gånghjälpmmedel	<input type="checkbox"/> Lyft/sele	<input type="checkbox"/> 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 ståhjälpmmedel Nej Ja Okänt *Om ja, ange*

Dagar per vecka	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7
Antal timmar/dag	<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> >4

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

Tippbräda/ Ståstöd Ståskal Stårullstol Annat _____

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

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om ortoser – fortsättning

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

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 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)

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, ortosanvändning**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**

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	Dagar/vecka (1 – 7 dagar)	Timmar/användningsdag (Ange med halvtimmes noggrannhet)
	<input type="checkbox"/> (dagar/vecka)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> (timmar)

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 ortosanvändning Ja, hindrar inte ortosanvändning Okänt

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Hudirritation

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange Ortos som orsakat hudirritation/sår (Ange endast ett alternativ)
		<input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> AFO <input type="checkbox"/> KAFO <input type="checkbox"/> 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 **lokalisering:****Kommentar**

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om smärta

Förekomst av smärta i dag

Nedanstående frågor besvaras av personen själv.

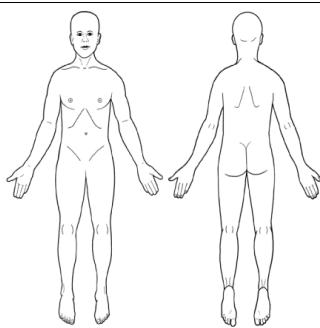
Har du ont någonstans i dag? Ja Nej Personen kan inte svara själv

Om ”ja”:

Ange var du har ont och hur ont du har?



	Lokalisation	Ingen smärta (0)	Lätt smärta (2)	Medelsvår smärta (4)	Svår smärta (6)	Mycket svår smärta (8)	Värsta tänkbara smärta (10)
--	--------------	------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------	-----------------------------



Huvud							
Nacke							
Rygg/bäcken							
Axel							
Arm/hand							
Mage							
Höft							
Ben/Fot							
Urinvägar							
.....*							

*- ange annan kroppsdel än i listan ovan, redogör ej i detalj.

(Ansiktsskalan och kroppen finns i A4-format under ”Manualer” – ”fysioterapi” på hemsidan)

Konsekvenser av ev. smärta de senaste den senaste tiden (senaste 4 veckorna)

Nedanstående frågor är besvarade av (kryssa för ett eller flera alternativ)

Personen själv Förälder Annan i personens omgivning

Under de senast 4 veckorna, hur mycket har värv/smärta påverkat..

..vardagsaktiviteterna? (det man brukar göra?)

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Väldigt mycket

Okänt

...sömnen?

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Väldigt mycket

Okänt

Under de senaste 4 veckorna, har du använt eller fått någon behandling för värv/smärta?

Ja Nej Okänt

Om ja, vad? Läkemedel Annan behandling, vad?.....

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 | |
| <input type="checkbox"/> Revben | |
| <input type="checkbox"/> Huvud | |

Kommentar, frakturer.....

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 | <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 |