MMCUP
Kvalitetsregistret för MMC och annan neuralrörsdefekt

6.2 Arbetsterapeutformulär

Personnummer ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋–⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... ***Förnamn*** .....

Utredningsuppgifter

Bedömare ....
Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Utredning/bedömning genomförd

☐ Nej Om Nej, ange ***Orsak till ej genomförd utredning*** (ange endast ett alternativ)
☐ Planerad, men uteblivit eller tackat nej ☐ Barnet kunde inte genomföra utredningen
☐ Habiliteringen hade inte resurser att genomföra utredningen ☐ Andra förhållanden

☐ Ja Om Ja, ange ***Utredningsinstans*** (ange endast ett alternativ)
☐ Habilitering ☐ Annan instans, specificera……

Bedömningsdatum (om flera tillfällen, ange första datum) ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋–⌊⌋⌊⌋–⌊⌋⌊⌋ (åååå-mm-dd)

PEDI (från 18 mån och sedan varje år)

Del I Funktionela färdigheter	Normativ poäng	SE	Skalpoäng	SE	**Del II** Hjälpbehov	Normativ poäng	SE	Skalpoäng	SE
Personlig vård					Personlig vård				
Rörelseförmåga					Rörelseförmåga				
Social förmåga					Social förmåga				

Del III Förekomst av antalanpassningar	Inga	Allmänna	Hjälpmedel	Omfattande
Personlig vård				
Rörelseförmåga				
Social förmåga				

Min Mening: (18, 19, 20 år, därefter vart 5:e år)	Kompetens			Värdering		
	Summa (0-100)	*Personens mått (0-100)*	*Standardfel (2-14)*	*Summa (0-100)*	*Personens mått (0-100)*	*Standardfel (2-14)*

Aktivitetsutförande

AMPS (6, 12, 17, 30 och 50 år)	Motoriska färdigheter		Processfärdigheter	
	Logits	*z-score*	*Logits*	*z-score*

Finmotorisk utveckling

PDMS-2 (2, 4, 5 år)	Ålder	Grasping		Visual motor integration	
	Ålder i månader	*Råpoäng*	*Standard Score*	*Råpoäng*	*Standard Score*

Tidshantering

KaTid-B (vid 7 år)	Tidsuppfattning	
	Råpoäng	*Skalpoäng*

KaTid-U (vid 11 & 15 år)	Tidsuppfattning	
	Råpoäng	*Skalpoäng*