

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
Skulderabduktion	<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
Skulderabduktion	<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..... Höger .....kg 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)

I: Sacral  II: Låg lumbal  III: Mellanlumbal

IV: Hög lumbal  V: Hög lumbal/thoracal

**Kommentar, muskelstyrka** .....

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
<b>Armbågsflexorer</b>	<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"/>
<b>Höftadduktorer</b>	<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"/>
<b>Knäflexorer</b>	<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"/>
<b>Dorsalflexorer</b>	<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**  Nej  Ja

Nej  Ja

**Avvikande kroppsställning utan kontraktur** (t.ex. pronation av foten)  Nej  Ja

**Hypotonus, bål**  Nej  Ja  Kan ej avgöras  Ej bedömd

**Kommentar muskeltonus**.....

**OBS!** Det står fel i 3C men rätt här. Mata in värde för ”Dorsalflexorer” i 3C istf som det står ”Plantarflexorer”. Detta ska justeras så snart som möjligt!

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

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

**Kommentar, rörelseomfång** .....



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	
<b>Totalpoäng</b>	

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	
<b>Totalpoäng</b>	

**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 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** (> 7 år; 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 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)
<b>AFO, höger</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
<b>AFO, vänster</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
<b>KAFO, höger</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
<b>AFO, höger</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
<b>KAFO, vänster</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
<b>HKAFO</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<input type="text"/> (timmar)
<b>Annan ortos</b>	<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

(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 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		
<b>Bilateralt</b>	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	
<b>Kommentar, ortos användning</b> .....								

**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 korrigerar/förhindra progress av deformitet**  
 Nej  Okänt  Ja, ange användningstid

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

Dagar/vecka (1-7 dagar)  (dagar/vecka) Timmar/användningsdag (Ange med halvtimmars noggrannhet)  (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 ortos användning  Ja, hindrar inte ortos användning  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 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 **lokalisering**:

**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:**  Inget alls  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