

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 ortoser – fortsättning**

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"/> . <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"/> . <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"/> . <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"/> . <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"/> . <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"/> . <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"/> . <input type="text"/> (timmar)

**BARNHAB:** Nedanstående uppgifter besvaras **om indikation är för funktion. Notera:** En eller flera ortoser kan väljas på vardera sidan

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

**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 knäslås	<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 knäslås	<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

**Typ av ortos(er)**

**Indikation**

**Mål uppfyllt**

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

**Bilateralt**

<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, Reciprok (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.....**

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

**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"/> . <input type="text"/> (timmar)

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

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

Kommentar, spinal ortos/specialanpassat sittande .....

**Uppgifter om sår (vuxenhab, 18 år)**

Patienten upplever nedsatt känsel i  sätesregionen  fötter  nej, uppger god känsel  osäkert/okänt  
 Upplever personen att känseln förändrats sedan föregående 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 hudirritation / sår (alla 16-17 år, barnhab 18 år)**

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**

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 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 **lokalisation:**

Kommentar .....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... Förnamn .....

**Uppgifter om smärta (vuxenhab)**

*Frågorna är besvarade av:*

Personen själv  Någon i personens omgivning  Både personen själv och någon i omgivningen

**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  Våldigt mycket

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

Inte alls  Lite  Måttligt  Mycket  Våldigt mycket

**Uppgifter om smärta (barnhab)**

*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



