



Personnummer           -     (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... Förnamn.....

**Uppgifter om funktion**

9.Går/står du (inkl. m. stöd) lika mycket nu som förra året? Ja Nej mer Nej mindre Okänt Ej aktuellt

10.Har du ramlat/fallit senaste månaden? Ja Nej Okänt

11.Ligger och sitter du bra? Ja Nej Okänt

12.Fungerar din rullstol/dyna som de ska? Ja Nej Okänt Ej aktuellt

13.Fungerar dina övriga hjälpmedel som de ska? Ja Nej Okänt Ej aktuellt

14.Om du har ortoser, använder du dem? Ja Nej Okänt Ej aktuellt

15.Har du frågor om hur du kan bibehålla/förbättra din funktion (Styrka, uthållighet, rörlighet) Ja Nej Okänt

16.Vill du öka din självständighet i vardagssysslor? Ja Nej Okänt

**Uppgifter om hälsa**

17.Aktuell vikt .....kg Vikt okänd 17B. Midjemått (se manual) .....cm

18.Aktuellt blodtryck ...../..... mm Hg Blodtryck okänt

19.Har du nytillkomna besvär (som vid shunt dysfunktion eller syringomyeli) t.ex: **huvudvärk, nackvärk, trötthet, synproblem, koncentrationssvårigheter, heshet, sväljsvårigheter, ökad fumlighet?** Ja Nej Okänt

20.Har du nytillkomna besvär (som vid fjättrad ryggmärg) t.ex: **foffelställning, förändrad muskelspänning, försämrad gångförmåga, ändrad urinblåsefunktion = lättare/ svårare läcka urin eller att tömma blåsan, domningar, stickningar, brännande eller utskjutande smärta, förändrad känsel?** Ja Nej Okänt

21.Har du andningsbesvär? t.ex: långa andningsuppehåll under sömn eller vila, andfäddhet, trötthet/morgonhuvudvärk, slemproblematik? Ja Nej Okänt

Har du andningshjälpmedel Ja\* Nej \*Om ja, vad:.....

22.Om du har epilepsi, hur nöjd är du med din nuvarande behandling? Nöjd Varken nöjd eller missnöjd Missnöjd Okänt

23.Har du brutit något ben i kroppen, senaste 3 åren? Ja Nej Okänt

24.Har du frågor kring sex och samlevnad som du vill prata med någon om? Ja Nej Okänt

25.Har du tryckmärken eller hudsår som är äldre än tre veckor , dvs är svåra att läka? Ja\* Nej Okänt  
\*Om ja, vad: rött kvarstående märke sår

26.Är underben eller fötter svullna? Ja Nej Okänt

26 B. Har du medicinsk fotvård? Ja Nej, men önskar det Nej Okänt



Personnummer           –    (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... Förnamn.....

**Uppgifter hälso- och sjukvårdskontakter**

**43. Finns det något ställe eller någon person som du kan kontakta oavsett vilket hälsoproblem det gäller, och få antingen kompetent insats/behandling eller få remiss till rätt klinik?**     Ja\*     Nej     Vet inte

\*Om ja:  kontakten går oftast bra     svårt att få kontakt     svårt att komma vidare till rätt klinik

**Sammanfattning – aktuella behov av insatser**

**44. Aktuella behov av insatser?**     pågående insatser tillräckliga     pågående insatser behöver kompletteras

**Information om aktuella behov kommer att vidarebefordras till följande behandlare:** (nya behandlare via remiss, pågående behandlare på enklast sätt )

**Barnhabilitering**  Läkare  Sjuksköterska  Fysioterapeut  Arbetsterapeut  Kurator  Psykolog

**Vuxenhabilitering**  Läkare  Sjuksköterska  Fysioterapeut  Arbetsterapeut  Kurator  Psykolog

**Primärvård/kommun**  Läkare     Sjuksköterska  Fysioterapeut  Arbetsterapeut     Kurator  Psykolog

**Specialistsjukvård**     Uroterapeut  Urolog  Njurmedicin  Ortoped  Neurokirurg  Neurolog

Rehabiläkare     Kirurg  Akutmottagning

**Annan medicinsk kontakt, vilken:**.....

Om personen har en ansvarig samordnande verksamhet finns kontaktuppgifter i ”MMCUP Deltagarformulär” – eller ska skrivas in där.

**Kommentar:**.....

**Kontrollera och UPPDATERA vid behov samordningsansvarig verksamhet inklusive kontaktuppgifter i formuläret ”1.0 MMCUP\_Deltagare”**

*Samordningsansvarig verksamhet* = verksamhet som assisterar personen med samordning av sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser relaterade till spinal dysrafism/HC