

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
Axelabduktion	<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
Axelabduktion	<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)

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

- I: Sacral  II: Låg lumbal  III: Mellanlumbal  IV: Hög lumbal  V: Hög lumbal/thoracal
- 0: Full styrka i nedre extremiteternas muskler  Muskelfunktionsnivå svårbedömd

Kommentar, muskelfunktionsnivå.....

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.

	<b>Höger</b>						<b>Vänster</b>					
	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> (hamstrings)	<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>Plantarflexorer</b> (gastroc-soleus)	<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>Fotklonus</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
<b>Avvikande kroppsställning utan kontraktur</b> (t.ex. pronation av foten)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
<b>Hypotonus, bål</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kan ej avgöras				<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja				

**Kommentar muskeltonus**.....

**Uppgifter om passivt ledrörelseomfång** (Ange om 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"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Höftextension	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Höftflexion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Knä, hamstringsvinkel	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Knäextension	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Knäflexion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Fot, dorsalflexion (flekerat knä)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Fot, dorsalflexion (extenderat knä)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Fot, plantarflexion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Liggande på mage</b>				
Höft, inåtrotation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Höft, utåtrotation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Höft Ely's test	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja

**Kommentar, rörelseomfång**.....





Personnummer           -     (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... Förnamn .....

**Uppgifter om rullstol**

**Manuell rullstol** (Ange det vanligaste förekommande alternativet)

Använder ej       Blir körd       Kör själv       Okänt

**Har elektrisk rullstol, eller motsvarande för yngre barn**

Ja       Nej       Okänt

**Uppgifter om stående**

**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 *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)

**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

Uppgifter på nästa sida besvaras **om indikation är att bibehålla rörelseomfång/kontrakturbehandling**

(Fortsättning)

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>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

(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 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**

**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, 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 ryggdeformitet  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 .....

**Uppgifter om smärta (vuxenhab)**







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 lokalisation (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"/> Bäckén             |   |
| <input type="checkbox"/> Kotpelare          |   |
| <input type="checkbox"/> Revben             |   |
| <input type="checkbox"/> Huvud              |   |

**Kommentar, frakturer**.....

**Uppgifter om operationer**

**Opererade 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)

- |  |                              |                             |  |
|--|------------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Ryggortopedisk operation</b>          | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Annan ortopedisk operation</b>        | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Shuntoperation</b>                    | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Operation av fjättrad ryggmärg</b>    | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Gastrostomi</b>                       | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Tracheostomi</b>                      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Stomi för urin</b>                    | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Stomi för avföring/sköljning</b>      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | .....<br>Sjukhus                       |
| <b>Annan operation, t.ex. amputation</b> | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | vad? .....<br>.....<br>Sjukhus /klinik |