

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Bedömare
Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömningsdatum -- (åååå-mm-dd)

Uppgifter om muskelstyrka övre extremitet (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..... Högerkg 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.

| | <i>Höger</i> | | | | | | <i>Vänster</i> | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | +1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | +1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>Armbågsflexorer</i> | <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"/> |
| <i>Höftadduktorer</i> | <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"/> |
| <i>Knäflexorer</i> (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"/> |
| <i>Plantarflexorer</i> (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"/> |
| <i>Fotklonus</i> | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | | | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | | |

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

Kommentar muskeltonus.....

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

| <u>Position</u> | <u>Höger sida</u> | | <u>Vänster sida</u> | |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|
| <i>Liggande på rygg</i> | <i>Grader</i> | <i>Avvikande utgångsläge</i> | <i>Grader</i> | <i>Avvikande utgångsläge</i> |
| 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 |
| <i>Liggande på mage</i> | | | | |
| 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 |

Kommentar, rörelseomfång

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – ryggliggande (se manual)

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i ryggliggande
- 2 = Kan rätas ut och placeras i ryggliggande men behöver stöd
- 3 = Kan ligga på rygg utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan initiera flexion av bålen (stabilisera bål för att lyfta huvud eller knä)
- 5 = Kan göra tyngöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (rulla åt sidan)
- 6 = Kan ta sig ur ryggliggande (byta ställning ex rulla över på mage eller upp till sittande)
- 7 = Kan ta sig i och ur ryggliggande (ex till sittande och tillbaks till ryggliggande)

| Ryggliggande, 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 | |
| Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C) | |

| Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej) | |
|--|--|
| Huvudet i medellinjen (låg kudde) | |
| Bålen i neutralläge | |
| Bäckenet neutralt | |
| Benen raka, sträckta höfter och knä | |
| Fötterna vilar i neutralläge | |
| Jämn viktfördelning | |
| Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C) | |

Kommentar

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – sittande på brits (se manual)

- 1 = Kan inte placeras i sittande
- 2 = Kan placeras i sittande men behöver stöd
- 3 = Kan sitta 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 bäckenhalvan till den andra)
- 6 = Kan ta sig ur sittande (byta ställning, ex ta tyngd på fötterna och lätta från britsen)
- 7 = Kan ta sig i och ur sittande (ex till stående och tillbaks till sittande)

| Sittande, 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 | |
| Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C) | |

| Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej) | |
|--|--|
| Huvudet i medellinjen | |
| Bålen i neutralläge | |
| Bäckenet neutralt | |
| Höfterna böjda (90°) | |
| Knän böjda (90°) | |
| Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet | |
| Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C) | |

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – stående (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 viktfordelning | |
| Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C) | |

| 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 viktfordelning | |
| Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C) | |

Bedömd i stående: Utan stöd Med stöd I ståhjälpmiddel

Kommentar.....

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 gånghjälpmiddel. Använder rullstol utomhus enbart vid längre förflyttning.
- III – Går inomhus. Behov av ortoser (och gånghjälpmiddel). Använder rullstol utomhus och vid längre avstånd inomhus.
- IV – Går inomhus med ortoser och gånghjälpmiddel. 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 (ange det vanligaste alternativet för respektive fråga)

Förflyttningsposition Sittande Stående Okänt
 Hjälp av annan person Ja Nej Okänt
 Förflyttningshjälpmiddel Inga Glidbräda/vridplatta Gånghjälpmiddel Lyft/sele Okänt

Uppgifter om rullstol

Manuell rullstol (Ange det vanligaste förekommande alternativet)

Använder ej Blir körd Kör själv Okänt

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn
 Har elektrisk rullstol 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 *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*

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

Kommentar, ortosanvändning.....

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

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

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"/> (timmar) |

Använder formgiuten rygg/sits/specialanpassad stol pga ryggdeformitet Nej Ja Okänt

Kommentar, spinal ortos/specialanpassat sittande

Uppgifter om sår

Patienten upplever nedsatt känsel i sätesregionen fötter nej, uppger god känsel osäkert/okänt

Upplever personen att känseln förändrats sedan föregående bedömning*? *senaste tre åren om första 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 |

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Uppgifter om smärta

Förekomst av smärta i dag

Nedanstående frågor besvaras av personen själv.

Har du ont någonstans i dag? Ja Nej Personen kan inte svara själv

Om ”ja”:

Ange var du har ont och hur ont du har?



| | Lokalisation | Ingen smärta (0) | Lätt smärta (2) | Medelsvår smärta (4) | Svår smärta (6) | Mycket svår smärta (8) | Värsta tänkbara smärta (10) |
|--|--------------------|------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|
| | Huvud | | | | | | |
| | Nacke | | | | | | |
| | Rygg/bäcken | | | | | | |
| | Axel | | | | | | |
| | Arm/hand | | | | | | |
| | Mage | | | | | | |
| | Höft | | | | | | |
| | Ben/Fot | | | | | | |
| | Urinvägar | | | | | | |
| |* | | | | | | |

*- ange annan kroppsdel än i listan ovan, redogör ej i detalj.

(Ansiktsskalan och kroppen finns i A4-format under ”Manualer” – ”fysioterapi” på hemsidan)

Konsekvenser av ev. smärta de senaste tiden (senaste 4 veckorna)

Nedanstående frågor är besvarade av (kryssa för ett eller flera alternativ)

Personen själv Förälder Annan i personens omgivning

Under de senaste 4 veckorna, hur mycket har värk/smärta påverkat..

..vardagsaktiviteterna? (det man brukar göra?)

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket
-
- Okänt

...sönnen?

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket
-
- Okänt

Under de senaste 4 veckorna, har du använt eller fått någon behandling för värk/smärta?

Ja Nej Okänt

Om ja, vad? Läkemedel Annan behandling, vad?.....

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)

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