

Personnummer: _____

Efternamn: _____ Förnamn: _____

Bedömare: _____ Datum: _____

Muskelstyrka

Från 8 års ålder skattas styrka i både övre och nedre extremiteten, för barn yngre än 8 år skattas styrka endast i nedre extremiteten. Muskelstyrka bedöms antingen med Manuellt muskeltest (MMT), 0-5 skala om personen kan medverka, eller i annat fall god – svag – ingen (Daniels et al 1980, Hislop et al 1995, Kendall et al 1983, Norrlin & Bartonek 2013, McDonald et al 1986).

0 – 5-skala	God – svag – ingen
0 = ingen aktivitet	Ingen
1 = aktivitet som kan palperas men ingen rörelse	Svag
2 = rörelse med tyngden avlastad	
3 = rörelse mot extremitetens tyngd	
4 = med manuellt motstånd mot rörelse	God
5 = full styrka	

Uppgifter om muskelstyrka övre extremitet, barn > 8 år.																
OBS! Glöm ej att markera "ej bedömd" vid registrering i 3C där bedömning saknas.																
	Hö						Vä									
Axel- abduktion	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God
Armbågs- flexion	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God
Armbågs- extension	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God
Handled- extension	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Svag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> God

Handdynamometer: Ange typ av mätare _____ Höger _____ kg Vänster _____ kg



Uppgifter om muskelstyrka nedre extremitet

OBS! Glöm ej att markera "ej bedömd" vid registrering i 3C där bedömning saknas.

		Hö			Vä		
Bäcken-elevation	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
Höftflex	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Höftext	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Höftadd	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Höftabd	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Knäflex	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Knäext	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Dorsal-flex	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Plantar-flex	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Svag			<input type="checkbox"/> God		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

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 muskelstyrka: _____

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 kroppsdel.

	Höger						Vänster					
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Armbågsflexorer	<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"/>
Höftadduktorer	<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"/>
Knäflexorer (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"/>
Plantarflexorer (gastro-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"/>

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 _____

Rörelsestatus - för standardiserade utgångsställningar, se manual

Avviker från standardiserad utgångsställning.
Om ja, ange hur.

Ryggliggande	Hö	Vä	
Höftabduktion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Höftextension	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Höftflexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Knä, hamstringsvinkel	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Knäextension	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Knäflexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Fot, dorsalflexion, flekterat knä	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Fot, dorsalflexion, extenderat knä	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Fot, plantarflexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Magliggande			
Höft, inåtrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Höft, utåtrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Höft, Elys test	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>
Kommentar, rörelseomfång _____			

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – ryggliggande (från 6 mån ålder, 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)

<i>Ryggliggande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
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)	

<i>Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutral	
Benen raka, sträckta höfter och knä	
Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfordelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

Kommentar.....



MMCUP

Kvalitetsregistret för MMC,
annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – sittande på brits (från 12 mån ålder, 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 lämna 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.....

PPAS, postural förmåga och asymmetrier – stående (från 18 mån ålder, se manual)

- 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	
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 viktfördelning	
Totalpoäng (adderas automatiskt i 3C)	

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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Stannar i rygggläge | <input type="checkbox"/> 6. Reser sig till stående utan stöd |
| <input type="checkbox"/> 2. Vänder rygg-mage | <input type="checkbox"/> 7. Går med hjälpmedel och ortos |
| <input type="checkbox"/> 3. Rör sig i magläge (pivoterar, hasar, böjer upp benen, fyrfota, kryper) | <input type="checkbox"/> 8. Går med hjälpmedel utan ortos |
| <input type="checkbox"/> 4. Sätter sig upp självständigt utan stöd | <input type="checkbox"/> 9. Går utan hjälpmedel med ortos |
| <input type="checkbox"/> 5. Reser sig till stående med stöd | <input type="checkbox"/> 10. Går utan hjälpmedel och utan ortos |

Vid bedömning av förmåga: Om högsta nivå är "Stannar i rygggläge" 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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Kan ej placeras | <input type="checkbox"/> 5 - Bibehåller positionen, rör sig inte |
| <input type="checkbox"/> 2 - Stöd från huvud och nedåt | <input type="checkbox"/> 6 - Luta bålen framåt, rätar upp sig igen |
| <input type="checkbox"/> 3 - Stöd från skuldror och nedåt | <input type="checkbox"/> 7 - Luta bålen åt sida, rätar upp sig igen |
| <input type="checkbox"/> 4 - Stöd av bäcken | <input type="checkbox"/> 8 - Luta bålen bakåt, rätar upp sig igen |
| | <input type="checkbox"/> Ej bedömt |

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 gångtakten 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 Okänt

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, hö	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	I.....I (timmar)
Handortos, vän	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	I.....I (timmar)



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 ortos användning

- 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)

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

(Ange 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



Uppgifter om ortoser - fortsättning

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, 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
Kommentar, ortos användning							

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 korrigera/förhindra progress av deformitet
 Nej Okänt Ja, ange användningstid Dagar/vecka

Timmar/användningsdag (1 – 7 dagar) (Ange med halvtimmes noggrannhet)
 (dagar/vecka) . (timmar)

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

Kommentar, spinal ortos/specialanpassad sittande.....

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

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



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 bild av kroppen finns i A4-format under "Manualer" – "fysioterapi" på hemsidan)

Konsekvenser av ev. smärta de senaste den 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

...sömn?

- 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?.....