



MMCUP

Kvalitetsregistret för MMC,
annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

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				
	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Axel- abduktion	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Armbågs- flexion	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Armbågs- extension	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Handled- extension	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Svag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

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


MMCUP

 Kvalitetsregistret för MMC,
 annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

Uppgifter om muskelstyrka nedre extremitet

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

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



MMCUP

Kvalitetsregistret för MMC,
annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

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 kroppsdelens.

	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 _____


MMCUP

 Kvalitetsregistret för MMC,
 annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

Rörelsestatus - för standardiserade utgångsställningar, se manual

 Avviker från standardiserad
 utgångsställning.
 Om ja, ange hur.

Ryggliggande
Hö
Vä

Höftabduktion _____ ° _____ °

 Ja

Höftextension _____ ° _____ °

 Ja

Höftflexion _____ ° _____ °

 Ja

Knä, hamstringsvinkel _____ ° _____ °

 Ja

Knäextension _____ ° _____ °

 Ja

Knäflexion _____ ° _____ °

 Ja

Fot, dorsalflexion, flekterat knä _____ ° _____ °

 Ja

Fot, dorsalflexion, extenderat knä _____ ° _____ °

 Ja

Fot, plantarflexion _____ ° _____ °

 Ja

Magliggande

Höft, inåttrotation _____ ° _____ °

 Ja

Höft, utåttrotation _____ ° _____ °

 Ja

Höft, Elys test _____ ° _____ °

 Ja

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)

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 neutral	
Benen raka, sträckta höfter och knä	
Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning	
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 tillbaka 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 ståhjälpmedel

Kommentar.....


MMCUP

 Kvalitetsregistret för MMC,
 annan neuralförsdefekt och hydrocefalus

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 gånghakten 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
 Hjälpt 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, 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.....



MMCUP

Kvalitetsregistret för MMC,
annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

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

(dagar/vecka) . (timmar)

Använder formgjuten rygg/sits/specialanpassad stol pga ryggedeformitet

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

Ja Om ja, ange lokalisation..... Rött kvarstående märke sår

Ja Om ja, ange lokalisation..... Rött kvarstående märke sår

Ja Om ja, ange lokalisation..... Rött kvarstående märke sår



MMCUP

Kvalitetsregistret för MMC,
annan neuralrörsdefekt och hydrocefalus

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?.....