

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"/> 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



<b>Uppgifter om muskelstyrka nedre extremitet</b>						
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 \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_

**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"/> .....
<b>Magliggande</b>			
Höft, inåtrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> .....
Höft, utåtrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> .....
Höft, Elys test	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> .....
<b>Kommentar, rörelseomfång</b> _____			
_____			

**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>		<i>Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)</i>	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutral	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Benen raka, sträckta höfter och knä	
Armarna vilande längs sidorna		Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfordelning		Jämn viktfordelning	
<b>Totalpoäng</b> (adderas automatiskt i 3C)		<b>Totalpoäng</b> (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 viktfordelning	
<b>Totalpoäng</b> (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	
<b>Totalpoäng</b> (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 viktfordelning	
<b>Totalpoäng</b> (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	
<b>Totalpoäng</b> (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)
<b>AFO, höger</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<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"/> (timmar)
<b>KAFO, höger</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<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"/> (timmar)
<b>HKAFO</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange användningstid	<input type="text"/> (dagar/vecka)	<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"/> (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

(Anses 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 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 senast 4 veckorna, hur mycket har värk/smärta påverkat...

...vardagsaktiviteterna? (det man brukar göra?)

- Inte alls  
 Lite  
 Måttligt  
 Mycket  
 Våldigt mycket

Okänt

...sömmen?

- 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?.....