

Ordernummer:

Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård?  Ja  Nej/Samtycke ej tillämpligt

Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.  Ja, vad? \_\_\_\_\_

Nej

## KONSULTATION gällande

<input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Elrullstol med ståfunktion	<input type="checkbox"/> Elarbetsstol	<input type="checkbox"/> Sittdyna/ryggdyna <input type="checkbox"/> Formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna	<input type="checkbox"/> Tillbehör
--	---------------------------------------	--	------------------------------------

**OBS! Gäller ärendet formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna så komplettera med bilaga "Formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna"**

Ange behovstrappa	<input type="checkbox"/> Dagliga livet	<input type="checkbox"/> Förflyttning	<input type="checkbox"/> Kommunikation	<input type="checkbox"/> Vård o behandling	
Ange trappsteg					
<b>BESLUTSSTÖD</b>					
Effekt/nytta:	<input type="checkbox"/> 0 (ingen)	<input type="checkbox"/> 1 (mycket liten)	<input type="checkbox"/> 2 (måttlig)	<input type="checkbox"/> 3 (stor)	<input type="checkbox"/> 4 (mycket stor)
Frekvens:	<input type="checkbox"/> 0 (extremt sällan)	<input type="checkbox"/> 1 (mycket sällan)	<input type="checkbox"/> 2 (sällan)	<input type="checkbox"/> 3 (ofta)	<input type="checkbox"/> 4 (mycket ofta)

### FÖRSKRIVARE

### BRUKARE

Kombikod (11 tecken)		Datum	Personnummer	
Namn		Titel	Namn	
Arbetsplats		Adress		Portkod
Adress		Boendenamn		
Postnummer	Ort	Postnummer	Ort	
Telefon (inkl riktnummer)	Mobil	Telefon	Mobil	
E-post	Fax	Kontaktperson	Telefon	
<input type="checkbox"/> Landsting	<input type="checkbox"/> Kommun	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Eget boende

### NUVARANDE HJÄLPMEDEL

<b>Stol/elrullstol</b>	Individnummer:	Sittbredd:	cm	Sittdjup:	cm	Sithöjd:	cm	
<b>Nuvarande tillbehör till stol/rullstol</b>								
<input type="checkbox"/> Bälte/Sele	<input type="checkbox"/> Specialrygg	<input type="checkbox"/> Annat:						
<b>Sittdyna</b>								
Bredd:		cm	Djup:		cm	Höjd:		cm

Initialer (Brukarnamn):

**DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING**

Även ex. motorik, hand/armfunktion, kognition, syn och hörsel

**PROBLEMSTÄLLNING**

**MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD**

**FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD**

Anpassning eller produkt

**Elrullstol** (4-hjulig med joystickstyrning)

**Scooter** (3-hjulig eller 4-hjulig med styre)

**Byte av elrullstol**

Orsak till byte:

**Vårdarstyrning på elrullstol**

Om vårdarstyrning ska monteras på befintlig stol, ange modell:  
och individnummer:

**Slingstyrning**

**Enkel komfort**

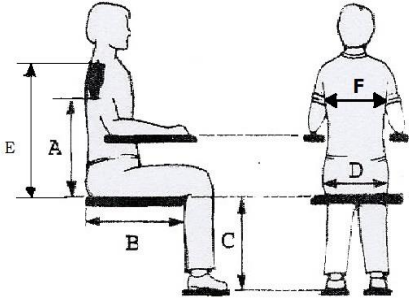
**Avancerad komfort** (behov av eltilt,  
elbenstöd, sitslyft och eller elbenstöd)

**Behov av sittanpassning**



Initialer (Brukarnamn):

**INFORMATION OM BRUKARE**

<p><b>Mått</b></p> <p>Sittbredd (D) ..... cm</p> <p>Sittdjup (B) ..... cm</p> <p>Underbenslängd (C) ..... cm</p> <p>Rygghöjd (A) ..... cm</p> <p>Rygghöjd (E) ..... cm</p> <p>Bålbredd (F) ..... cm</p> <p>Kroppsvikt ..... kg</p> <p>Kroppslängd ..... cm</p>	
--	---

**Överflyttning i och ur stol/elrullstol**

Utan assistans   
  Med assistans   
  Med lyft   
  Annat:

**Hur lång tid sitter brukaren i sin stol/elrullstol?**

**Beskriv viloställning i liggande**

**ANVÄNDNINGSMILJÖ/MILJÖ**

**I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska stolen/elrullstolen fungera?**

Inomhus   
  Utomhus   
  Hemmet   
  Särskilt boende   
  Skola

Daglig verksamhet   
  Egen bil   
  Färdtjänst   
  Förskola   
  Annat:

**Beskriv inomhusmiljön** (t ex trösklar, dörrbredd, hissmått, bordshöjd)

**Beskriv utomhusmiljön** (t ex asfalt, backar, höga kanter, trafiksituation)

Sänghöjd: ..... cm	Sitthöjd toalettstol: ..... cm	Smalaste passage: ..... cm	Hissmått: ..... cm
--------------------	--------------------------------	----------------------------	--------------------



Initialer (Brukarnamn):

<b>Förvaringsplats, laddningsmöjlighet för elrullstolen:</b>	
<b>Behov av bostadsanpassning?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej      Ansökan om bostadsanpassning är gjord, ange datum:
<b>Finns tillstånd för färdtjänstbuss?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>Övriga kritiska mått eller övrig information att ta hänsyn till:</b>	

Initialer (Brukarnamn):

**SITTSTATUS**

<b>Tonus</b>		
<input type="checkbox"/> Normal tonus	<input type="checkbox"/> Hypertonus, ange var:	<input type="checkbox"/> Hypotonus, ange var:
<b>Finns sensibiliteitsbortfall?</b>		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange var:	
<b>Har brukaren smärta?</b>		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange var:	
<b>Finns trycksår?</b>		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej, men har haft	<input type="checkbox"/> Ja, ange var:
<b>Behandling</b> (Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittandet, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv)		
<b>Korsett</b>	<b>Fotledsortoser</b>	<b>Övriga ortoser</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilka;

**Sittförmåga** (enligt Hoffer M.M)

Handsfri sittare (sitter längre stunder utan att använda händerna för att stödja sig)

Handberoende sittare (en eller båda händer används för att ge stöd för att sitta)

Oförmögen sittare (saknar all förmåga att sitta utan yttre hjälp)

**Har brukaren huvudkontroll?**

Nej  Ja      Kommentrar:




**Eventuella felställningar i ryggen, Skriv eller rita gärna.**

Benlängdsskillnad?	_____
Luxation?	_____
Kontraktur?	_____
Protes?	_____

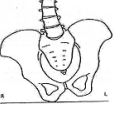

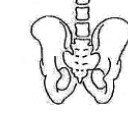
<b>Höft-knä-fotleder</b>	<b>Höger</b>		<b>Vänster</b>	
Kan brukaren sittande:				
uppnå 90° i höftled?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
uppnå 90° i knäled?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
abducera i höftled?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
adducera i höftled?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
uppnå 0° i fotled?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**BÄCKENET** (R – Rörligt, F – Fixerat)




**Sett från sidan**

Bakåttippat	Framåttippat	Neutralt
		
<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F

**Sett framifrån**

Högertippat	Vänstertippat	Neutralt
		
<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F

**Sett ovanifrån**

Bakåtroterat/H	Bakåtroterat/V	Neutralt
		
<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F

**ÖVRIGT**