**KONSULTATION –**

**GÅNG- OCH TRÄNINGSHJÄLPMEDEL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient**      | Personnummer      |
| **Förskrivare**       | Användarnamn i Sesam      | Titel      |
| Arbetsplats      | Postadress      |
| Postnummer och ort      | Telefon/Mobiltelefon      |
| E-post      |

|  |
| --- |
| **Andra pågående vårdkontakter av betydelse** (skriv en kommentar vad det gäller)  |
| Centrum för hjälpmedel  | [ ]  SPRIDA  | [ ]  HME  |
| Annan:       |
| Kommentar:       |

|  |
| --- |
| **Diagnos som är relevant för ärendet** |
| **Benämning** **och eventuell tidpunkt för diagnos**      | **Kod (ICD-10)**      |

|  |
| --- |
| **Konsultationen avser**  |
| [ ] Ny utprovning inom område: [ ]  Gånghjälpmedel [ ]  Träningshjälpmedel[ ]  Anpassning av befintligt hjälpmedel med individnummer:      [ ]  Byte av hjälpmedel på grund av att nuvarande hjälpmedel har dömts ut av tekniker[ ]  Övrigt:       |

**MÅL**

|  |
| --- |
| **Vad är målet med hjälpmedlet?**  |
|       |

|  |
| --- |
| **Beskriv tidigare insatser som gjorts för att nå målet**  |
|       |

**PROBLEM**

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuell problembild**  |
|       |

**KROPPSFUNKTIONER och KROPPSSTRUKTURER**

|  |
| --- |
| **Rörelserelaterade funktioner som är relevanta för ärendet** (exempelvis styrka, koordination och motorik)  |
|       |

|  |
| --- |
| **Eventuell spasticitet eller felställning som är relevant för ärendet**  |
| [ ]  Nej [ ]  Ja, var:       |

|  |
| --- |
| **Balans och bålstabilitet** |
|       |

|  |
| --- |
| **Eventuell smärta** (exempelvis dygnsvariation, intensitet och lokalisation)  |
|       |

|  |
| --- |
| **Sensibilitet**  |
|       |

|  |
| --- |
| **Patientens mått**  |
| **Längd** (cm):       | S:\Omr_Nära-Vård\Verksamheter\Habilitering och hjälpmedel\CFH\Gemensam\Förskrivarstöd\Konsultationsblanketter\Bilagor och bilder\Måttgubbe stående fem mått - bild.JPG |
| **Vikt** (kg):       |
| **A: Innerbenslängd** (cm):Höger:       Vänster:       **B: Underbenslängd** (cm):Höger:       Vänster:        |
| **C: Bålstödshöjd** (cm): Höger:       Vänster:       |
| **D: Omkrets bål** (cm):       |
| **E: Handlovshöjd** (cm): Höger:       Vänster:       |

**AKTIVITETER och DELAKTIGHET**

|  |
| --- |
| **Hur ofta kommer hjälpmedlet användas?**  |
| [ ]  Enstaka gånger per vecka | [ ]  Flera gånger per vecka | [ ]  Varje dag |

|  |
| --- |
| **Beskriv de funktioner som behöver finnas på hjälpmedlet**  |
|       |

**OMGIVNINGSFAKTORER**

|  |
| --- |
| **Hjälpmedlet ska användas?** (gäller ärenden för gånghjälpmedel) |
| [ ]  Enbart inne [ ]  Inne och ute [ ]  Enbart uteKommentar:       |

|  |
| --- |
| **Fysisk miljö att ta hänsyn till** (exempelvis dörrmått och underlag i och i anslutning till bostaden) |
|       |

|  |
| --- |
| **Har patienten andra hjälpmedel av betydelse för ärendet?**  |
| [ ]  Nej[ ]  Ja, vilka:       |

**ÖVRIGT**

|  |
| --- |
| **Andra uppgifter av betydelse**  |
|       |