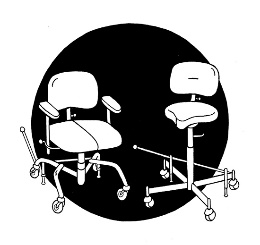
**KONSULTATION – ARBETSSTOL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Förskrivare** | |  | **Patient** |
| Användarnamn i Sesam | Titel | Personnummer |
| Arbetsplats | | Adress |
| Adress | | Postnummer och ort |
| Postnummer och ort | | Telefon/Mobiltelefon |
| Telefon/Mobiltelefon | | Klartecken från patient/vårdnadshavare om att Centrum för hjälpmedel får ta del av journalanteckningar från aktuell vårdgivare.  Ja  Nej |
| E-post | |
| Leveransadress:  Förskrivare  Patient | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnos** | |
| **Kod (ICD-10)** | **Benämning** **och eventuell tidpunkt för diagnos eller skada** |
| **Känd multiresistent smitta**  Nej  Ja, vilken: | |

|  |
| --- |
| **Konsultationen avser** |
| Utprovning av hjälpmedel enligt vald konsultation  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, det vill säga vad gör patient när målet är uppfyllt?** |
|  |

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

**PROBLEM**

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuell problembild över dagen** |
|  |

**KROPPSFUNKTIONER och KROPPSSTRUKTURER**

|  |
| --- |
| **Kognitiva funktioner** (t ex minne, perception, koncentration, omdöme, motivation) |
|  |

|  |
| --- |
| **Röst- och talfunktioner** |
|  |

|  |
| --- |
| **Sinnesfunktioner** (t ex syn, hörsel) |
|  |

|  |
| --- |
| **Rörelserelaterade funktioner kopplade till tänkt hjälpmedel** (t ex styrka, koordination och motorik) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Spasticitet** | |
| Nej | Ja, var: |
|  | Typ: Böj  Sträck |

|  |
| --- |
| **Kontrakturer?** |
| Nej  Ja, var: |

|  |
| --- |
| **Bålstabilitet, balans, huvudkontroll och sittförmåga** |
|  |

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

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

|  |
| --- |
| **Finns sår?** |
| Nej, ingen större risk just nu  Risk, var:  Aktuellt sår, var: |

**Bäcken**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lämnar inga uppgifter om bäckentippning. Har inte haft möjlighet att göra någon bedömning. | | |
| **Bäckentippning** - sett framifrån | | |
| Högertippat | Neutralt | Vänstertippat |
| backen_2_a | backen_2_b | backen_2_c |
| **Bäckentippning** - sett från sidan | | |
| Bakåttippat | Neutralt | Framåttippat |
| backen_1_a | backen_1_b | backen_1_c |
| **Bäckentippning** - sett uppifrån | | |
| Bakåtroterat åt höger | Neutralt | Bakåtroterat åt vänster |
| backen_3_a | backen_3_b | backen_3_c |

**Rygg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Scolios** | Nej | Ja, vilken form? | Vet ej |
| **Kyfos** | Nej | Ja | Vet ej |
| **Lordos** | Nej | Ja | Vet ej |
| **Används korsett/ortos** | Nej | Ja, vilken typ? | Vet ej |

**Patientens mått** (om möjligt, mät vid sittande på plant underlag såsom brits eller stol)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Längd** (cm):  **Vikt** (kg):  **A: Sittbredd** (cm):  **B: Sittdjup** (cm):  **C: Ryggbredd** (cm):  **D: Rygghöjd** (cm):  (Scapulas nedre kant)  **E: Underbenslängd** (cm):  Höger:  Vänster: | S:\Omr_Nära-Vård\Verksamheter\Habilitering och hjälpmedel\CFH\Gemensam\Förskrivarstöd\Konsultationsblanketter\Bilagor och bilder\Måttgubbe bakifrån 2 mått - bild.JPG | S:\Omr_Nära-Vård\Verksamheter\Habilitering och hjälpmedel\CFH\Gemensam\Förskrivarstöd\Konsultationsblanketter\Bilagor och bilder\Måttgubbe från sidan tre mått - bild.JPG |

**AKTIVITETER och DELAKTIGHET**

|  |
| --- |
| **Hur förflyttar sig patienten till och från aktuellt hjälpmedel?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Hur förflyttar sig patienten i olika miljöer idag?** (inne och ute) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hur ofta kommer hjälpmedlet användas?** | | |
| Enstaka gånger per vecka | Flera gånger per vecka | Varje dag |
| **Beskriv de aktiviteter där hjälpmedlet ska användas** | | |
|  | | |

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

**OMGIVNINGS- OCH PERSONFAKTORER**

|  |
| --- |
| **Beskriv patientens fysiska och sociala miljö** |
|  |
| **Stöd**  personlig assistans  hemtjänst  boendepersonal  anhörig |

|  |
| --- |
| **Mått att ta hänsyn till** (i och i anslutning till bostaden) |
|  |

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

**ÖVRIGT**

|  |
| --- |
| **Andra uppgifter av betydelse** |
|  |
| **Bilagor** (vid behov, gärna bilder på patient i nuvarande hjälpmedel och/eller på brits) |
| Ange vilken bilaga/bilagor: |