**KONSULTATION –**

**MANUELL RULLSTOL**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**  |
| [ ] 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?**  |
|       |

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

**PROBLEM**

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuell problembild** (exempelvis relaterat till funktionsnedsättning, önskat aktivitetsutförande, nuvarande hjälpmedel) |
|       |

**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:       |

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

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

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

**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 nuvarande hjälpmedel?**  |
|       |

|  |
| --- |
| **Hur förflyttar sig patienten med sitt nuvarande hjälpmedel?** (inne och ute i närmiljön samt längre sträckor, med eller utan hjälp av annan person)  |
|       |

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

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

**OMGIVNINGSFAKTORER**

|  |
| --- |
| **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**  |
|       |