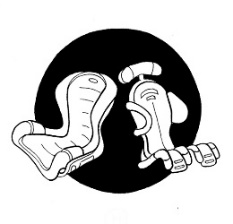
**KONSULTATION – MODULÄRA SITTSYTEM**

**OCH FORMGJUTEN SITS alla utom VUH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: |

|  |
| --- |
| **Montering** |
| **Montering önskas på** (flera val tillåtet)  manuell rullstol  eldriven rullstol  arbetsstol  hygienstol |

**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: |

|  |
| --- |
| **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** |
|  |