**KONSULTATION – SPRIDA**

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

**Övriga förskrivare i detta ärende**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn       | Telefon och e-post      | Titel      |
| Namn       | Telefon och e-post      | Titel      |

|  |
| --- |
| **Andra pågående vårdkontakter av betydelse** (exempelvis Hjälpmedelsenheten, Syncentralen, Audiologen, Vuxenhabiliteringen, Barn- och ungdomshabiliteringen, Psykiatrin)  |
|       |

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

|  |
| --- |
| **Konsultationen avser**  |
| [ ]  **Ny utprovning inom område:** [ ]  Kognitivt stöd [ ]  Kommunikation/Läs och skriv [ ]  Syn [ ]  Styrsätt/Åtkomst[ ]  **Förnyad utbildning gällande:**      [ ]  **Anpassning av tidigare levererat hjälpmedel med individnummer:**      (saknas individnummer skriv vad det gäller för hjälpmedel) |

**MÅL**

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

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

**KROPPSFUNKTIONER, AKTIVITET och DELAKTIGHET**

|  |
| --- |
| **Kognitiva funktioner** (beskriv vilka förmågor/funktioner som är styrkor och vilka som är svagheter samt hur det påverkar i vardagen utifrån exempelvis minne, koncentration, initiativ och tidsuppfattning |
|       |

|  |
| --- |
| **Språkliga funktioner** (exempelvis språkförståelse, läs- och skrivförmåga)  |
|       |

|  |
| --- |
| **Tal- och röstfunktioner** (exempelvis röst, artikulation, talflyt) |
|       |

|  |
| --- |
| **Beskriv hur patienten kommunicerar idag** (exempelvis med tal, bilder, gester) |
|       |

|  |
| --- |
| **Synförmåga** (exempelvis synskärpa, synfält, kontrastseende, färgseende, visuell perceptionsförmåga) |
|       |

|  |
| --- |
| **Hörselförmåga** |
|       |

|  |
| --- |
| **Rörelserelaterade funktioner** (finmotorik och grovmotorik av betydelse för ärendet) |
|       |

|  |
| --- |
| **Beskriv hur personen ringer, sms:ar och mailar idag** (om det har betydelse för ärendet) |
|       |

**OMGIVNINGSFAKTORER**

|  |
| --- |
| **Personligt stöd/relationer** (av betydelse för implementering av hjälpmedlet) |
| [ ] Anhörig | [ ]  Personlig assistent | [ ]  Hemtjänst |
| [ ]  Boendepersonal | [ ]  Skolpersonal | [ ]  Annan:       |

|  |
| --- |
| **I vilka miljöer ska ett eventuellt hjälpmedel användas?** |
| [ ] Hemma | [ ]  Skolan | [ ]  Daglig verksamhet |
| [ ]  I samhället | [ ]  Annat:       |

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

|  |
| --- |
| **Egen utrustning** (som kan vara aktuellt i detta ärende) |
| [ ]  **Smartphone** modell:       |
| [ ]  **Surfplatta** modell:       |
| [ ]  **Dator** |
|  [ ]  PC (Windowsdator) | [ ]  Bärbar |  |
|  [ ]  Mac | [ ]  Stationär  |
|  [ ]  Chromebook |  |
| **Följdfrågor gällande dator vid synärende:** RAM-minne:      Processor:       |
| Om PC ange operativsystem: [ ]  Officepaket saknas [ ]  Microsoft Officepaket, version:       [ ]  annat Officepaket, version:       |

**ÖVRIGT**

|  |
| --- |
| **Andra uppgifter av betydelse** (exempelvis livssituation, intressen, tolk medverkar, studier, arbete, sysselsättning) |
|       |