**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) |
|  |