**KONSULTATION – TRÄNINGSHJÄLPMEDEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**  |
| **Längd** (cm):       | S:\Omr_Nära-Vård\Verksamheter\Habilitering och hjälpmedel\CFH\Gemensam\Förskrivarstöd\Konsultationsblanketter\Bilagor och bilder\Måttgubbe stående fyra mått - bild.JPG |
| **Vikt** (kg):       |
| **A: Innerbenslängd** (cm):Höger:      Vänster:        |
| **B: Bålstödshöjd** (cm): Höger:      Vänster:       |
| **C: Omkrets bål** (cm):       |
| **D: Handlovshöjd** (cm): Höger:      Vänster:       |
|  |

**AKTIVITETER och DELAKTIGHET**

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

|  |
| --- |
| **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:       |