



Nationellt uppföljningsprogram - CPUP – Patient - Grundinformation

| | |
|-------------------------------|--|
| Personnummer | _____ |
| Kön: | man <input type="checkbox"/> kvinna <input type="checkbox"/> |
| Efternamn | _____ Förnamn _____ |
| Personens regionstillhörighet | _____ |
| Personens distrikt | _____ |
| Adress | _____ |
| Postnr | _____ Ort _____ |
| Telefon hem | _____ |

Samtycke

Samtycke till deltagande i CPUP

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, från vårdnadshavare efter information om CPUP. | Datum _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja, från patient efter information om CPUP. | Datum _____ |
| <input type="checkbox"/> Nej, vill ej delta i CPUP för närvarande. | Datum _____ |

Diagnosuppgifter (gäller personer 4år och äldre)

Personnummer _____

Uppfyller kriterierna för CP

OBS! Informationen inom parantes hämtas från CPUP Neuropedatriker.

(Ja Nej, CP-diagnos avskriven Kan ej avgöras för tillfället) Diagnosen avskriven Datum _____**Diagnosen Cerebral Pares (eller EJ CP) grundas på:** Specialist i barnneurologi med rehabilitering – i remiss till rehabilitering eller i journal Vuxenhabiliteringsläkare eller neurolog – i remiss till rehabilitering eller i journal Annan läkare Patienten själv Patientens föräldrar Annan rehabiliteringspersonal än läkare Andra närstående än patientens föräldrar Annan informationskälla om diagnos

Om annan informationskälla, vilken _____

Övrigt Inflyttad Inflyttningsdagtum _____ Varifrån _____ Utflyttad Var? Inom landstinget/regionen
 Till annat landsting/region
 Utomlands

Utflyttningsdagtum _____ Till var _____

 Lämnat barn och ungdomshabiliteringen Datum _____ Vuxenhabiliteringen Var? _____
(landsting/region) Kommunal rehabilitering Var? _____ Primärvård Var? _____ Annan verksamhet Vilken? _____ Ingen remiss eller planerad övergång till vuxenverksamhet Avliden Datum _____