

Nationellt uppföljningsprogram CPUP – Vuxen

Om detta är första CPUP-bedömningen ersätts ”sedan föregående bedömningstillfälle” med ”under senaste året”



Personnummer _____

Efternamn _____ Förnamn _____

Boendeform Eget boende Särskilt boende Hos föräldrar Annat boende

Personlig assistans Nej <60 tim/v 60-160 tim/v >160 tim/v

Annan hjälp Nej Hemtjänst Ledsagare Anhörigstöd (oavlönad)
 Boendestöd Övrigt _____

Sysselsättning (huvudsaklig) Avlönat arbete Studier Daglig verksamhet
 Annat arbete Särskola Ingen sysselsättning

Omfattning ≤25% 26-50% 51-75% 76-100%

Tolk Nej Ja språk _____

Civilstånd Singel Särbo Sambo, gift **Antal barn** _____

Personens tillhörande region _____

Personens distrikt _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____

Bedömning utförd av _____

Arbetsplats _____

CP subtyp

- Spastisk unilateral Högersidig svaghet Vänstersidig svaghet
 Spastisk bilateral
 Ataktisk
 Dyskinetisk
 Oklassificerad/mixad form **Kommentar** _____

GMFCS Klassifikation av grovmotorik I II III IV V

MACS Klassifikation av handfunktion I II III IV V

CFCS Klassifikation av kommunikation I II III IV V

Följande kommunikationsmetoder används av denna person

Tal

Ljud (såsom ”aaaah”) för att få partnerns uppmärksamhet

Blick ansiktsuttryck gester och/eller pekning (t.ex. med en kroppsdel, pinne, laser)

Handtecken

Kommunikationsbok, karta och/eller bilder

Talapparat eller talsyntes

Annat _____

Kommentar _____

Aktiv ledrörlighet - Funktionellt test, utgångsställning sittande

	Höger	Vänster
Når nacken med handen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Når munnen med handen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Når rygglutet med handen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kan aktivt supinera	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Aktiv supination, ange grader	_____ °	_____ °

Tumme

Stramhet vid volarabduktion

Höger Nej Ja

Vänster Nej Ja

Thumb in palm, enligt House

Höger Ingen I II III IV

Vänster Ingen I II III IV

Kommentar _____

Zancolli, samtidig handleds- och fingersträckning

Höger 1+X 1 2A 2B 3 Kan ej bedömas

Vänster 1+X 1 2A 2B 3 Kan ej bedömas

Kommentar _____

Funktionsklass enligt House 0-8 Höger _____ Vänster _____

(OBS! Skalan omvänd jämfört med MACS)

Dominant hand Höger Vänster Båda

Har bimanuell förmåga Nej Ja

Kommentar _____

Liggande, vilo- och sovställning (Fler svar kan anges)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ryggliggande | Ligger antal timmar/dygn |
| <input type="checkbox"/> Magliggande | <input type="checkbox"/> < 8 tim |
| <input type="checkbox"/> Sidoliggande höger | <input type="checkbox"/> 8-12 tim |
| <input type="checkbox"/> Sidoliggande vänster | <input type="checkbox"/> > 12 tim |
| <input type="checkbox"/> Annan vilo-och sovställning | |

Använder positionerande hjälpmedel i liggande:

-
- Nej
-
- Kuddar
-
- Ställbar säng
-
- Annat _____

Kommentar _____

Passiv ledrörlighet – Utgångsställning ryggliggande

(Anges som 0, 5, 10, 15, 20° osv, extensionsdefekt anges som negativt värde -5,-10,-15, -20° osv)

	Hö	Vä	Avviker från standardiserad Utgångsställning
			Om ja, ange hur?
Axel			
Abduktion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Utåttrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Inåttrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Armbåge			
Extension (<i>rak armbåge 0°</i>)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Supination	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Pronation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Handled			
Extension	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension med raka fingrar	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Ulnardeviation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Radialdeviation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Höft			
Abduktion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Inåttrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Utåttrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Knä			
Hamstringsvinkel (<i>rakt knä 180°</i>)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension (<i>rakt knä 0°</i>)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Fotled (<i>plantigrad ställning 0°</i>)			
Dorsalflexion vid flekterat knä	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Dorsalflexion vid extenderat knä	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Kommentar _____			

Spasticitet/Muskeltonus

Saxning vid gång / aktivitet Ingen Lätt Uttalad
 Saxning i vila Ingen Lätt Uttalad

	Höger		Vänster	
Fotklonus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Handklonus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Spasticitet i handleds-eller fingerflexorer Nej Ja Nej Ja
 Spasticitet i tåflexorer Nej Ja Nej Ja

Skattning av muskeltonus i vila enligt Modifierad Ashworthskala (se även manual)

0= ingen förhöjd muskeltonus.

1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan.

+1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget).

2= mer markant förhöjning av tonus genom större delen av rörelsebanan, rörelsen fortfarande lätt att utföra.

3= avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser.

4= stelhet vid flexion eller extension av kroppsdelens.

	Höger					Vänster						
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Armbågsflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höftadduktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantarflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar _____

Bål (Ryggliggande, avstånd i cm mäts med måttband)

Vertikalt Processus coracoideus Höger – SIAS Höger _____cm
 Processus coracoideus Vänster – SIAS Vänster _____cm
 Diagonalt Processus coracoideus Höger – SIAS Vänster _____cm
 Processus coracoideus Vänster – SIAS Höger _____cm

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga ryggliggande

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i ryggliggande
- 2 = Kan rätas ut och placeras i ryggliggande men behöver stöd
- 3 = Kan ligga på rygg utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan initiera flexion av bålen (*stabilisera bål för att lyfta huvud eller knä*)
- 5 = Kan göra tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (*rulla åt sidan*)
- 6 = Kan ta sig ur ryggliggande (*byta ställning tex rulla över på mage eller upp till sittande*)
- 7 = Kan ta sig i och ur ryggliggande (*tex till sittande och tillbaks till ryggliggande*)

Kommentar _____

PPAS, position ryggliggande

Ryggliggande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)		Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Benen raka, sträckta höfter och knä	
Armarna vilande längs sidorna		Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning		Jämn viktfördelning	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga sittande på brits

- 1 = Kan inte placeras i sittande
- 2 = Kan placeras i sittande men behöver stöd
- 3 = Kan sitta utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan luta bålen lite framåt - bakåt innanför understödsytan
- 5 = Kan göra tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (*från ena bäckenhalvan till den andra*)
- 6 = Kan ta sig ur sittande (*byta ställning tex ta tyngd på fötterna och lämna från britsen*)
- 7 = Kan ta sig i och ur sittande (*tex till stående och tillbaks till sittande*)

Kommentar _____

PPAS, position sittande

Sittande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)		Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Höfterna böjda (90°)	
Armarna vilande längs sidorna		Knän böjda (90°)	
Jämn viktfördelning		Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar _____

Ryggbedömning (se manual)

Har skolios

- Nej
 Ja

Skoliosen är

- Korrigierbar
 Ej korrigierbar

Skoliosopererad

- Nej
 Ja (ryggbedömning ej obligatorisk)

Thorakal

Thorakolumbal

Lumbal

Höger

- konvex
 konvex
 konvex

Vänster

- konvex
 konvex
 konvex

Skoliosen bedöms vara

- lätt
 måttlig
 uttalad

Bedömd i:

Stående

Sittande på brits

Liggande

Kommentar _____

Korsett

Använder korsett

- Nej
 Ja

Har korsetten avsedd effekt?

- Nej, varför? _____
 Ja

Typ av korsett

- Mjuk korsett
 Halvhård korsett
 Hård korsett

Användningstid timmar/dygn

- < 6 tim
 6-10 tim
 > 10 tim

Kommentar _____

Sittande (Fler svar kan anges tex formgjuten sits och rullstol)

- Sitter ej
 Formgjuten sits
 Rullstol (med tilt)
 Rullstol (utan tilt)
 Arbetsstol
 Vanlig stol
 Annat alternativ

Sitter antal timmar/dygn

- < 8 tim
 8-12 tim
 > 12 tim

Vad? _____

Kommentar _____

Stående

- Står ej
 Står med stöd
 Står utan stöd

Använder ståhjälpmedel

- Nej Ja
Dagar per vecka 1-2 3-4 5-6 7
Antal timmar/dag <1 1-2 3-4 >4

Typ av ståhjälpmedel (fler alternativ kan anges t ex ståskal och tippbräda):

- Tippbräda/ Ståstöd Ståskal Stårullstol Annat _____

Ståhjälpmedel används i kombination med:

- Ortoser Korsett

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga stående

- 1 = Kan inte rätas ut och placeras i stående
- 2 = Kan rätas ut och placeras i stående men behöver stöd
- 3 = Kan stå utan stöd men inte röra sig
- 4 = Kan luta bålen lite framåt - bakåt innanför understödsytan
- 5 = Kan göra tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (*från ena foten till den andra*)
- 6 = Kan ta sig ur stående (*byta ställning tex flytta en fot framåt*)
- 7 = Kan ta sig i och ur stående (*tex gå och stanna*)

Kommentar _____

PPAS, position stående

Stående, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)		Stående, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen		Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk		Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt		Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet		Benen raka, sträckta höfter och knän	
Armarna vilande längs sidorna		Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Jämn viktfördelning		Jämn viktfördelning	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Bedömd i stående: Utan stöd Med stöd I ståhjälpmiddel

Kommentar _____

Bedömning – fötter**Kan belasta fötterna**

- Nej
- Höger fot
- Vänster fot
- Båda fötterna

Belastad häl - höger

- Normal
- Varus
- Valgus

Belastad häl - vänster

- Normal
- Varus
- Valgus

Kommentar _____

Fall**Har du fallit senaste året?**

- Nej
- Ja, varje dag
- Ja, varje vecka
- Ja, varje månad
- Ja, mer sällan

Om ja,**Har antalet fall ökat?**

- Nej
- Ja

Är du rädd för att falla?

- Nej
- Ja, men påverkar inte aktiviteter
- Ja, påverkar aktiviteter till viss del
- Ja, påverkar aktiviteter till stor del

Överflyttningar/korta förflyttningar (t ex till toalett eller säng)

- Stående överflyttning utan stöd
- Står med stöd vid överflyttning
- Sittande överflyttning
- Använder lyft och sele

Kommentar _____

Förflyttning i trappor

Går uppför trappa

- Utan stöd
- Med hjälp av ledstång
- Med levande stöd
- Med levande stöd + ledstång
- Nej, kan inte

Går nedför trappa

- Utan stöd
- Med hjälp av ledstång
- Med levande stöd
- Med levande stöd + ledstång
- Nej, kan inte

Kommentar _____

Functional Mobility Scale (FMS) (OBS! Skalan omvänd jämfört med GMFCS)

Be personen att uppskatta vanligast förekommande funktionella förflyttning vid samtliga tre avstånd nedan. Ange en gradering vid respektive avstånd.

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500meter

N= Inte tillämpligt; t.ex. personen fullföljer inte avståndet.

C= Kryper: Personen kryper vid förflyttning i hemmet (5 m)

1= Använder rullstol: Kan ev. stå vid förflyttningar, kan ev. ta några steg med hjälp av annan person eller rollator/stöd.

2= Använder rollator eller stöd; utan hjälp av annan person.

3= Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person.

4= Använder käppar (en eller två); utan hjälp av annan person.

5= Självständig gång på jämnt underlag; använder inte gånghjälpmedel eller hjälp av annan person*. Behöver ledstång vid trappgång.

*Om möbler, väggar, staket, skyltfönster används som stöd, anges siffran 4 som korrekt beskrivning.

6= Självständig gång på alla underlag; använder inga gånghjälpmedel eller hjälp från annan person när personen går på olika underlag inklusive ojämn mark, trottoarkant och i folksamlingar.

Kommentar _____

Förflyttning-Rullstol

Inomhus - vanligast förekommande

Manuell rullstol:	<input type="checkbox"/> Använder ej	<input type="checkbox"/> Kör själv	<input type="checkbox"/> Blir körd
Elektrisk rullstol:	<input type="checkbox"/> Använder ej	<input type="checkbox"/> Kör själv	<input type="checkbox"/> Blir körd

Utomhus - vanligast förekommande

Manuell rullstol:	<input type="checkbox"/> Använder ej	<input type="checkbox"/> Kör själv	<input type="checkbox"/> Blir körd
Elektrisk rullstol:	<input type="checkbox"/> Använder ej	<input type="checkbox"/> Kör själv	<input type="checkbox"/> Blir körd

Kommentar _____

Smärta

Frågorna är besvarade av: Personen själv Någon i personens omgivning

Upplever Du eller någon i din omgivning, att Du **har ont**? Nej Ja

Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

	Ingen	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
Huvud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armar, händer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hud, trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, var? _____

Under de senaste fyra veckorna - Hur mycket har värken eller smärtan stört:

Dina normala aktiviteter?

(arbete och andra dagliga sysslor)

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Din sömn?

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Kommentar _____

EDACS Klassifikation av ät- och drickförmåga I II III IV V

Grad av stöd Självständig Kräver assistans Totalt beroende

Kommentar _____

Nutritionstatus

Längd _____ cm Vikt _____ kg

Längden osäker/svårsmått Nej Ja

Mätt i stående

Liggande på mätbräda

Liggande - måttband

Patientens egen uppgift

Mätt stående på våg

Sittvåg

Liftvåg

I famnen

Patientens egen uppgift

Hudveckstjocklek i höjd med naveln, rakt under bröstvårtan (navelhöjd/mamillarplan)

< 0,5 cm (närmast avsaknad av underhudsfett)

> 0,5 cm (underhudsfett finns på buken)

Har gastrostomi Nej Ja

Kommentar _____:

Ortoser (Flera alternativ kan anges)

Använder ortoser för övre eller nedre ex? Nej Ja

Ange typ	För funktion		För kontrakturprofylax - användningstid /dygn			
	Hö	Vä	Hö	Vä	< 6 tim/	≥ 6 tim
1 AFO dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AFO natt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar _____

Uppfyller ortosen sin **funktion**? (se siffror 1-4 ovan)

Ja Ortos nummer _____, _____, _____, _____

Nej Ortos nummer _____, _____, _____, _____

Om nej, varför? _____

Har **hudirritation/sår** uppstått i samband med användning av ortosen? Nej

Ja Ortos nummer _____ Var? _____

Fraktur

Har sedan föregående bedömningstillfälle haft någon **fraktur**? Nej Ja

Var? (lokalisering) _____

Orsak? Fall Olycka Spontanfraktur Vet inte

Operationer och tonusreducerande behandling

Har sedan föregående bedömningstillfälle genomgått **operation**? Nej Ja

Vilken/vilka operationer? Datum

Har sedan föregående bedömningstillfälle fått **Botulinumtoxin**? Nej Ja

Vilka muskler? Datum

Har utfört/ fått hjälp att utföra **träningsprogram** efter op/botox? Nej Ja

Har **Baklofenpump** Nej Ja

Har **peroral tonusreducerande medicin** Nej Ja

Röntgen

När är senaste höft-röntgen gjord? _____ Var? _____

När är senaste ryggröntgen gjord? _____ Var? _____

Behandling/träning

Har sedan föregående bedömningstillfälle utfört/fått hjälp att utföra **aktiviteter/träning** för:

Minskad smärta	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ledrörlighet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Muskelstyrka	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kondition	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Postural förmåga (balans, stabilitet)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Förflyttningsförmåga	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Andning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Handfunktion	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Personlig vård	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kommunikation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kognition	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Kommentar _____

Har satt upp konkreta **mål med träningen** i samråd med:

Sjukgymnast? Nej Ja Arbetsterapeut? Nej Ja

Annan? _____

Kommentar _____

Fysisk aktivitet

Har sedan föregående bedömningstillfälle regelbundet deltagit och utfört **fysiska idrotts- och fritidsaktiviteter**?

- Nej <1 gång/vecka 1-2 ggr/vecka 3-5 ggr/vecka >5 ggr/vecka

Vilken/vilka fysiska fritidsaktiviteter?

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Promenad | <input type="checkbox"/> Löpning | <input type="checkbox"/> Cykling | <input type="checkbox"/> Simning/vattenaktivitet |
| <input type="checkbox"/> Ridning | <input type="checkbox"/> Fotboll | <input type="checkbox"/> Dans | <input type="checkbox"/> Styrketräning |
| <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Skidåkning | <input type="checkbox"/> Basket | <input type="checkbox"/> Boccia/Boule |
| <input type="checkbox"/> Kampsport | <input type="checkbox"/> Innebandy | <input type="checkbox"/> Bowling | <input type="checkbox"/> Tennis/Badminton |

Annat _____

Kommentar _____

Följande formulär ifyllda

- | | | |
|------|------------------------------|-----------------------------|
| EQ5D | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| FSS | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fall | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Har CPUP undersökningen medfört förslag till åtgärder? (Vad, vilka?)

Övriga kommentarer