



Nationellt uppföljningsprogram - CPUP - Fysioterapeuter

Personnummer _____
Efternamn _____ Förnamn _____
Barnets region _____
Barnets distrikt _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____
Bedömning utförd av _____

Dominerande neurologiskt symptom:
<input type="checkbox"/> Spasticitet <input type="checkbox"/> Dyskinesi <input type="checkbox"/> Ataxi <input type="checkbox"/> Ej klassificerbar/blandform

Grovmotorisk klassifikation GMFCS-E&R:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
---	----------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------

Functional Mobility Scale (FMS)
Be föräldrarna eller 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 tillämbart; 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

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)	
Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk	
Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet	
Armarna vilande längs sidorna	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Höfterna böjda (90°)	
Knän böjda (90°)	
Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng	

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar _____

Bedömning - rygg och skolios (se manual)

Skoliosopererad Nej Ja (om **ja**, bedömning nedan ej obligatorisk)

Bedömd i stående sittande på brits liggande

Har skolios Nej Ja

Thorakal **Hö** konvex **Vä** konvex

Thorakolumbal konvex konvex

Lumbal konvex konvex

Skoliosen är: korrigerbar ej korrigerbar

Skoliosen bedöms vara: lätt måttlig uttalad

Spinal ortos - (korsett)

Använder spinal ortos? Nej Ja

Målet med ortosen är att (fler alternativ kan anges):

- 1. Motverka felställning
- 2. Bibehålla kroppsposition (stabilisera/positionera)
- 3. Förbättra arm-, handfunktion
- 4. Förbättra huvudkontroll

Ortosen har avsedd effekt

- Nej Ja
- Nej Ja
- Nej Ja
- Nej Ja

Genomsnittlig användningstid timmar/dygn:

- <6
- 6-10
- 11-20
- >20

Kommentar _____

Sitthjälpmedel

Använder sitthjälpmedel Nej Ja

Typ av sitthjälpmedel (fler alternativ kan anges)

- Arbetsstol
- Rullstol utan tilt
- Komfortrullstol/elrullstol med tilt
- Sittsystem
- Sittskal
- Formgjuten sits
- Annat alternativ

Sitter antal timmar/dygn

- < 3 tim
- 3-7 tim
- 8-12 tim
- > 12 tim

Om annat alternativ, ange vad _____

Sitthjälpmedel används i kombination med (fler alternativ kan anges)

- Ortoser nedre ex
- Spinal ortos

Kommentar _____

Uppresning till och från sittande - vanligast förekommande

Utan stöd (tillåter kroppseget stöd). Med stöd (tillåter allt stöd såsom t.ex. väggar, möbler och personer).

	utan stöd	med stöd	klarar ej
Uppresning till stående från sittande på golv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från stående sätta sig på golv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppresning från sittande på stol till stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från stående sätta sig på stol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stående

- Står ej
- Står med stöd
- Står utan stöd

Ståhjälpmedel

Använder ståhjälpmedel

- Nej Ja

Användningstid

- Dagar per vecka: 1-2 3-4 5-6 7
- Gånger per dag: 1 2 3 >3
- Antal timmar per dag: <1 1-2 3-4 >4

Typ av ståhjälpmedel (flera alternativ kan anges)

- Tippbräda / Ståstöd Ståskal Stårullstol

Ståbredd, grad av abduktion per ben

- 0-10° 11-20° 21-30°

Belastningsläge vertikalt

- 0-10° (nära lodlinjen) >10° (från lodlinjen)

Ståhjälpmedel används i kombination med (flera alternativ kan anges)

- Ortoser nedre ex Spinal ortos

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 _____

Rullstol inomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol: Använder ej blir körd kör själv
Elektrisk rullstol: Använder ej blir körd kör själv

Rullstol utomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol: Använder ej blir körd kör själv
Elektrisk rullstol: Använder ej blir körd kör själv

Cyklar (All form av cyklande t.ex. självständig med eller utan stöd, tandem, armcykel mm)

Ofta (dagligen) Ibland (ngn gång v) Sällan (ngn gång/mån) Aldrig

Förflyttning i trappor

Tar sig själv uppför trappa

- Nej
- Skuttar, kryper
- Går

Går uppför trappa

- Med levande stöd+ledstång
- Med levande stöd
- Med hjälp av ledstång
- Utan stöd

Tar sig själv nedför trappa

- Nej
- Skuttar, kryper
- Går

Går nedför trappa

- Med levande stöd+ledstång
- Med levande stöd
- Med hjälp av ledstång
- Utan stöd

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, lår	<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, underben	<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?

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

Din sömn?

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

Kommentar _____

Operationer, spasticitetsreducerande behandling och seriegipsning

Har **opererats** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Vilken/vilka operationer?

Datum

Fått **botulinumtoxin** i nedre extremiteterna sedan föregående bedömningstillfälle?

Nej Ja

Vilka muskler?

Datum

Behandlas med **spasticitetsreducerande medicin** som t.ex. Baklofen?

Nej Ja Om ja på vilket sätt: via pump per os

Är SDR-opererad?

Nej Ja

Har **seriegipsats** sedan föregående bedömningstillfälle?

Nej Ja

Vilka muskler?

Datum för avgipsning (månad + år)

Behandlingstid (veckor) _____

Fraktur – Haft någon **fraktur** sedan föregående bedömningstillfälle?

Nej Ja

Ortoser nedre ex (fler alternativ kan anges)

Använder ortoser? Nej Ja

Ortoser för att motverka kontraktur/felställning:

	HÖ	VÄ	Användningstid timmar/dygn			
			< 6	6-10	11-20	>20
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ortoser för funktion:

Mål med ortos (fler alternativ kan anges):

	HÖ	VÄ	1.Förbättra gångförmåga	2.Förbättra balans/ ge stabilitet	3.Underlätta träning	4. Annat
FO (inlägg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)			1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)			1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)			1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)			1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)			1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

Bedömning - fot (se manual)

Kan belasta båda fötterna: Nej Ja

OBS! Om ”Nej” angetts är följande två bedömningar ej aktuella.

Hälens position vid belastad fot, höger:

Normal Varus Valgus

Hälens position vid belastad fot, vänster:

Normal Varus Valgus

Spasticitet/Muskeltonus

Saxning vid gång/aktivitet ingen lätt uttalad

Saxning i vila ingen lätt uttalad

Fotklonus **Höger** Nej Ja **Vänster** Nej Ja

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

0=ingen förhöjd muskeltonus; 1=lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan; +1=lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget); 2=mer markant förhöjning av muskeltonus genom större delen av rörelsebanan, men rörelsen är fortfarande lätt att utföra; 3=avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser; 4=stelhet vid flexion eller extension av kroppsdel.

	HÖ						VÄ					
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Höftflexorer	<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"/>
Höftextensorer	<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"/>
Adduktorer	<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"/>
Knäextensorer	<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: _____

Rörelsestatus – för standardiserade utgångsställningar se manual

Ryggliggande **Hö** **Vä** **Avviker från standardiserad utgångsställning**

Höft

Abduktion (obligatorisk)

Underbenen utanför britskant, extenderade höfter och flekterade knän. _____° _____° Nej Ja

Abduktion (frivillig)

Extenderade höfter och knän. _____° _____° Nej Ja

Flexion

Fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben _____° _____° Nej Ja

Knä

Hamstringsvinkel

90° höftflexion (fullt extenderat knä = 180°). _____° _____° Nej Ja

Extension

Extenderad höft (full extension = 0°). _____° _____° Nej Ja

Fotled

Dorsalflexion vid flekterat knä. _____° _____° Nej Ja

Dorsalflexion vid extenderat knä. _____° _____° Nej Ja

Magliggande forts	Hö	Vä	Avviker från standardiserad utgångsställning	
Höft				
Inåttrotation Extenderade höfter och flekterat knä.	____°	____°	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Utåttrotation Extenderade höfter och flekterat knä.	____°	____°	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Elys test (längden på rectus) Fixera bäcken, flektera knä.	____°	____°	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Extension Benen utanför britskanten, extendera ett ben, andra handen på bäckenet.	____°	____°	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Fysioterapi
Har erhållit fysioterapeutiska insatser utöver CPUP bedömning sedan föregående bedömningstillfälle? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja, hur ofta har det vanligtvis skett? <input type="checkbox"/> mindre än 1 g/mån <input type="checkbox"/> 1-3 ggr/mån <input type="checkbox"/> 1 - 2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3 - 5 ggr/v <input type="checkbox"/> mer än 5 ggr/v
Hur ofta har fysioterapeuten varit närvarande vid dessa tillfällen? <input type="checkbox"/> mindre än 1 g/mån <input type="checkbox"/> 1-3 ggr/mån <input type="checkbox"/> 1 - 2 ggr/v <input type="checkbox"/> 3 - 5 ggr/v <input type="checkbox"/> mer än 5 ggr/v
Finns det formulerade mål för fysioterapeutiska åtgärder? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Är målet/målen uppnådda? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har haft en eller flera träningsperioder med en högre frekvens än vanligt sedan föregående bedömningstillfälle? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Träningsperiodens längd: <input type="checkbox"/> 1v <input type="checkbox"/> 2-6v <input type="checkbox"/> 7-12v <input type="checkbox"/> >12v
Insatserna har genomförts: <input type="checkbox"/> 1ggr/v <input type="checkbox"/> 1-2ggr/v <input type="checkbox"/> 3-5ggr/v <input type="checkbox"/> dagligen

Fysisk aktivitet

Har aktivt deltagit och utfört **fysiska idrottsaktiviteter i förskole-/skolidrott** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Om ja, **hur ofta** har det vanligtvis skett?

mindre än 1 gång/ vecka 1-2 ggr/vecka 3-5 ggr/vecka

Har regelbundet deltagit och utfört **fysiska fritidsaktiviteter** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Om ja, **hur ofta** har det vanligtvis skett?

mindre än 1 gång/ vecka 1-2 ggr/vecka 3-5 ggr/vecka

Vilken/vilka **fysiska fritidsaktiviteter**?

Simning Ridning Fotboll Dans Styrketräning
 Gymnastik Skidåkning Skridsko Basket Boccia
 Bågskytte Kälkhockey Annat _____

Om nej, **ange främsta orsaken** till att personen inte deltar i fysiska fritidsaktiviteter:

Utbud finns inte Är inte intresserad Bristande ork
 Bristande assistans Bristande anpassning Annat _____

Fysioterapeutiska åtgärder

Har sedan föregående bedömningstillfälle erhållit **fysioterapeutiska åtgärder** som avser befrämja och påverka följande rörelserelaterade kroppsfunctioner och kroppsstrukturer?

	Nej	Ja
Muskelstyrka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeltonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörlighet i leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postural förmåga (balans stabilitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsuppfattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fysioterapeutiska åtgärder

Bibehålla kroppsställning – Ändra position – Förflyttning

Har sedan föregående bedömningstillfälle tränat något av följande?

Bibehålla kroppsställning (liggande, sittande, knästående, stående) Nej Ja

Ändra position (från liggande till sittande till stående) Nej Ja

Förflyttning (stjärthasning, rulla, krypa, gå, springa, hoppa, med eller utan hjälpmedel) Nej Ja

Fysioterapeutiska åtgärder

Aktivitet/Delaktighet - personlig vård

Har sedan föregående bedömningstillfälle tränat färdigheter för aktiviteter/delaktighet inom personlig vård?

	Nej	Ja
Äta och dricka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sköta toalettbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av- och påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har CPUP-bedömningen medfört förslag till åtgärder? (Vad, Vilka?)

Övriga kommentarer:

GMFM utförd (år–mån-dag) _____

Om följande mätinstrument använts kan resultaten anges här:

GMFM – 66
 GMFM-66 poäng _____ SE _____ 95% KI _____ - _____

GMFM - 88
 Total (%) _____ Målpoäng (%) _____

Dimensionspoäng (%) A _____ B _____ C _____ D _____ E _____

Ange målområden: A B C D E

PEDI utförd (år – mån-dag) _____

Om följande mätinstrument använts kan resultaten anges här:

	Skalpoäng	SE	Del II Hjälpbehov	Skalpoäng	SE
Personlig vård			Personlig vård		
Rörelseförmåga			Rörelseförmåga		
Socialförmåga			Socialförmåga		

Del III Förekomst av antal anpassningar	Inga	Allmänna	Hjälpmedel	Omfattande
Personlig vård				
Rörelseförmåga				
Social förmåga				