



Nationellt uppföljningsprogram – CPUP – Fysioterapeuter

Intervju-del

Personnummer _____

Efternamn _____ Förnamn _____

Barnets region _____

Barnets distrikt _____

Functional mobility scale (FMS)

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

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500 meter

N = Inte tillämbart; t.ex. personen fullföljer inte avståndet. *Används då en person aldrig hamnar i den situationen t.ex. aldrig får följa med till ett shoppingcenter på grund av sitt nedsatta allmäntillstånd. N, används enbart ute i samhället (500 m).*

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, trottoarer eller i folksamlingar.

Stående

Står ej

Står med stöd

Står utan stöd

Sitthjälpmedel

Använder sitthjälpmedel

Nej Ja

Typ av sitthjälpmedel (fler alternativ kan anges)

Sitter antal timmar/dygn

Arbetsstol

< 3 tim.

Rullstol utan tilt

3–7 tim.

Komfortrullstol/elrullstol med tilt

8–12 tim.

Sittsystem

> 12 tim.

Sittskal

Formgjuten sits

Annat alternativ

Om annat alternativ, ange vad _____

Sitthjälpmedel används i kombination med (flera alternativ kan anges)

Ortoser nedre ex

Spinal ortos

Kommentar _____

Liggande, vilo- och sovställningar (flera svar kan anges)

Ryggliggande

Ligger antal timmar/dygn

Magliggande

< 8 tim.

Sidliggande höger

8–12 tim.

Sidliggande vänster

> 12 tim.

Annan vilo- och sovställning

Använder positionerande hjälpmedel i liggande

Nej Kuddar Ställbar säng Annat _____

Kommentar _____

Längd och vikt mätt sedan senaste bedömningstillfället. Frivillig men önskvärd uppgift.

Datum _____

Längd _____ cm Vikt _____ kg

Längden osäker/svår mätt

Nej Ja

Mätt i stående på våg

Mätt i stående

Sittvåg

Liggande på mätbräda

Liftvåg

Liggande måttband

I famnen

Patientens egen uppgift

Patientens egen uppgift

Har gastrostomi

Nej Ja

Förflyttning mellan golv, stol och stående – 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"/>

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 nerför trappa

- Nej
- Skuttar, kryper
- Går

Går nerför trappa

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

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, t. ex. Baclofen?

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

Är SDR-opererad (selektiv dorsal rhizotomi) ?

- Nej Ja

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

Vilka muskler?

Datum för avgipsning (månad+år)

Behandlingstid (veckor) _____

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 i eller på grund av?

	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, bål	<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, ljumskar, lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knä, knäveck	<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, mun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage, reflux, PEG	<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"/>
Muskelspänningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benen, ospecificerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oklart ursprung	<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"/>

(undantag att notera här)

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 _____

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/månad) Aldrig

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

Var (lokalisering) _____

Orsak? Fall Olycka Spontanfraktur Vet inte

Fysisk aktivitet

Har aktivt deltagit och utfört **fysiska aktiviteter 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 aktiviteter?

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 _____

Tom sida för enkel intervjudelsutskrift



Undersökningsdel

Personnummer _____
Efternamn _____ Förnamn _____
Bedömningsdatum (år-mån-dag) _____
Bedömning utförd av _____

Dominerande neurologiskt symtom:

Spasticitet Dyskinesi Ataxi Ej klassificerbar/blandform

Grovmotorisk klassifikation GMFCS-E&R: I II III IV V

Hjälpmedel och ortoser

Ståhjälpmiddel

Använder ståhjälpmiddel? Nej Ja

Användningstid

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

Typ av ståhjälpmiddel (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)

Ståhjälpmiddel används i kombination med (flera alternativ kan anges)

Ortoser nedre ex Spinal ortos

Ortoser nedre extremiteten (flera 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 ortosen (flera alternativ kan anges):

	HÖ	VÄ	1. Förbättra gångförmåga	2. Förbättra balansge 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)			_____	_____	_____	_____
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)			_____	_____	_____	_____
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)			_____	_____	_____	_____
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)			_____	_____	_____	_____
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)			_____	_____	_____	_____

Spinal ortos (korsett)

Använder spinal ortos? Nej Ja

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

Ortosen har avsedd effekt

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Motverka felställning | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> 2. Bibehålla kroppsposition (stabilisera/positionera) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> 3. Förbättra arm-, handfunktion | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> 4. Förbättra huvudkontroll | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Genomsnittlig användningstid/dygn:

<6 6-10 11-20 >20

Kommentar _____

Stående

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 t.ex. flytta en fot framåt*)
- 7 = Kan ta sig i och ur stående (*t.ex. 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 i höft och knä
Armar vilande längs sidorna	Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet
Jämn viktfördelning	Jämn viktfördelning
Totalpoäng	Totalpoäng

Bedömd i stående: Utan stöd Med stöd I Ståhjälpmedel

Kommentar _____

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:

Hälens position vid belastad fot, vänster

Normal

Varus

Valgus

Normal

Varus

Valgus

Sittande

Bedömning – rygg och skolios (görs i första hand i sittande – se manual)

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

Bedömd i stående sittande på brits liggande

Har skolios Nej Ja

Thorakal konvex konvex

Thorakolumbal konvex konvex

Lumbal konvex konvex

Skoliosen är: korrigerbar ej korrigerbar

Skoliosen bedöms vara lätt måttlig uttalad

PPAS, postural förmåga sittande på brits

1 = Kan inte rätas ut och placeras i sittande
 2 = Kan rätas ut och 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 t.ex. ta tyngd på fötterna och lägga från britsen*)
 7 = Kan ta sig i och ur sittande (*t.ex. till stående och tillbaka 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°)	
Armar vilande längs sidorna		Knäna böjda (90°)	
Jämn viktfördelning		Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar _____

Ryggliggande

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 t.ex. rulla över på mage eller upp till sittande*)
- 7 = Kan ta sig i och ur ryggliggande (*t.ex. till sittande och tillbaks till ryggliggande*)

Kommentar _____

PPAS, position ryggliggande

Ryggliggande, frontalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen	
Bålen symmetrisk	
Bäckenet neutralt	
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet	
Armar vilande längs sidorna	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

Ryggliggande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)	
Huvudet i medellinjen (låg kudde)	
Bålen i neutralläge	
Bäckenet neutralt	
Benen raka, sträckta höfter och knän	
Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning	
Totalpoäng	

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	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Abduktion (frivillig)			
Extenderade höfter och knän	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Flexion			
Fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Knä			
Hamstringsvinkel			
90° höftflexion (fullt extenderat knä= 180°).	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Flexion			
	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Extension			
Extenderad höft (full extension = 0°)	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Fotled			
Dorsalflexion vid flekterat knä			
	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Dorsalflexion vid extenderat knä			
	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Rörelsestatus – Magliggande			
	Hö	Vä	Avviker från standardiserad utgångsställning
Höft			
Inåtrotation			
Extenderade höfter och flekterat knä.	_____°	_____°	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Utåtrotation			
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

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 fortfarande lätt att utföra.

3 = avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt 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: _____

GMFM utförd (år-mån-dag) _____

Använd variant

GMFM-66

GMFM-66-Basal&Ceiling

GMFM-66-Item Set 4

GMFM

GMFM Totalpoäng _____ SE _____ 95% KI _____ - _____

Fysioterapi

Har erhållit fysioterapeutiska insatser utöver CPUP-bedömning sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Om ja, hur ofta har det vanligen skett?

mindre än 1 g/mån 1–3 ggr/mån 1–2 ggr/v 3–5 ggr/v mer än 5 ggr/v

Hur ofta har fysioterapeuten varit närvarande vid dessa tillfällen?

mindre än 1 g/mån 1–3 ggr/mån 1–2 ggr/v 3–5 ggr/v mer än 5 ggr/v

Finns det formulerade mål för fysioterapeutiska åtgärder? Nej Ja

Är målen uppnådda? Nej Ja

Har haft en eller flera träningsperioder med en högre frekvens än vanligt sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Träningsperiodens längd 1 v 2–6 v 7–12 v >12 v

Insatserna har genomförts 1 g/v 1–2 ggr/v 3–5 ggr/v dagligen

Fysioterapeutiska åtgärder

Har sedan föregående bedömningstillfälle erhållit **fysioterapeutiska åtgärder** som avser befrämja och påverka följande rörelserelaterade kroppsfunktioner 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 med eller utan hjälpmedel (stjärthasning, rulla, krypa, gå, springa, hoppa) 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:

Frivilligt:

PEDI utförd (år-mån-dag) _____

OM följande mätinstrument använts kan resultatet anges här:

	Skalpoäng	SE	Del II Hjälpbbehov	Skalpoäng	SE
Personlig vård			Bålen i neutralläge		
Rörelseförmåga			Bäckenet neutralt		
Social förmåga			Höfterna böjda 90°		

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