



## CPUP – Patientformulär

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 4 år och äldre)

Personnummer\_\_\_\_\_

**Uppfyller kriterierna för CP** (OBS! Informationen inom parentes hämtas från CPUP Neuropediatriker).(  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 habilitering – i remiss till habilitering eller i journal
- Vuxenhabiliteringsläkare eller neurolog – i remiss till habilitering eller i journal
- Annan läkare
- Patienten själv
- Patientens föräldrar
- Annan habiliteringspersonal än läkare
- Andra närstående än patientens föräldrar
- Annan informationskälla om diagnos

Om annan informationskälla, vilken\_\_\_\_\_

**Övrigt** Inflyttad Inflyttningsdagum\_\_\_\_\_ Varifrån\_\_\_\_\_ Utflyttad Utflyttningsdatum\_\_\_\_\_

- Vart?  Inom landstinget/regionen  
 Till annat landsting/region  
 Utomlands

 Lämnat barn och ungdomshabiliteringen Datum\_\_\_\_\_ Vuxenhabiliteringen (landsting/region) Var?\_\_\_\_\_ Kommunal habilitering Var?\_\_\_\_\_ Primärvård Var?\_\_\_\_\_ Annan verksamhet Vilken?\_\_\_\_\_ Ingen remiss eller planerad övergång till vuxenverksamhet Avliden Datum\_\_\_\_\_ Skyddad identitet