



Nationellt uppföljningsprogram – CPUP – Fysioterapeuter

Intervju-del

Personnummer _____
Efternamn _____ Förnamn _____
Barnets region _____
Barnets distrikt _____ Bedömningsdatum (år-mån-dag) _____

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, Ändratrottoarer 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

☐ Sitter ej

☐ <8 tim.

☐ Vanlig stol /vagn

☐ 8–12 tim.

☐ Arbetsstol

☐ > 12 tim.

☐ Rullstol (utan tilt)

☐ Rullstol (med tilt)

☐ Formgjuten sits/sittsystem/specialanpassning

☐ Golvstol/Sittskal

☐ Sadelstol

Sitthjälpmedel används i kombination med ☐ Ortoser nedre ex ☐ Spinal ortos

Kommentar _____

Rullstol inomhus – vanligast förekommande

Manuell rullstol: ☐ använder ej

☐ blir körd

☐ kör själv

Elektrisk rullstol: ☐ använder ej

☐ blir körd

☐ kör själv

Rullstol utomhus

Manuell rullstol: ☐ använder ej

☐ blir körd

☐ kör själv

Elektrisk rullstol: ☐ använder ej

☐ blir körd

☐ kör själv

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

☐ Ändrar position självständigt i liggande

Ligger antal timmar/dygn

☐ Ryggliggande

☐ < 8 tim.

☐ Magliggande

☐ 8–12 tim.

☐ Sidliggande höger

☐ > 12 tim.

☐ Sidliggande vänster

☐ Annan vilo- och sovställning

Använder positionerande hjälpmedel i liggande

☐ Nej ☐ Kuddar

☐ Ställbar säng

☐ Annat _____

Kommentar _____

Längd och vikt mätt sedan senaste bedömningstillfället. Fylls i om logoped INTE registrerat!

Datum _____

Längd _____ cm

Vikt _____ kg

Längden osäker/svåratt mätta

☐ 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 och möbler, dock ej andra personer.

	Utan stöd	Med stöd	Klarar ej
Uppresning till stående från sittande på golv	☐	☐	☐
Från stående sätta sig på golv	☐	☐	☐
Uppresning från sittande på stol till stående	☐	☐	☐
Från stående sätta sig på stol	☐	☐	☐

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

Du besvarar OM någon insats givits, så får din fysioterapeut komplettera med detaljer.

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

Vilken/vilka operationer? Datum

Har du fått injektioner med **botulinumtoxin** i nedre extremiteterna sedan föregående bedömningstillfälle?

☐ Nej ☐ Ja

Vilka muskler? Datum

Behandlas du med spasticitetsreducerande medicin, t.ex. Baclofen?

☐ Nej ☐ Ja Om ja, på vilket sätt: ☐ via Baclofenpump ☐ via mun/PEG

Har du genomgått selektiv dorsal rhizotomi (SDR-opererad) någon gång?

☐ Nej ☐ Ja Vilket år?

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

Vilka leder? Datum för avgipsning Behandlingstid (vecka)

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nacke	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rygg, bål	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Axlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Armar, händer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höfter, ljumskar, lår	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knä, knäveck	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fötter, underben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tänder, mun	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mage, reflux, PEG	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hud, trycksår	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelspänningar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Benen, ospecificerat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oklart ursprung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annat	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(undantag att notera här)

Under de senaste fyra veckorna – Hur mycket har värken eller smärtan stört?

Dina normala aktiviteter?

- ☐ Inte alls
☐ Lite
☐ Måttligt
☐ Mycket
☐ Världigt mycket

Din sömn?

- ☐ Inte alls
☐ Lite
☐ Måttligt
☐ Mycket
☐ Världigt mycket

Kommentar _____

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 förskola/skola** 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?

- ☐ All träning i vatten ☐ Boll-lagsporter ☐ Bordtennis/pingis/badminton/tennis
☐ Bowling/boccia/boule ☐ Cykling ute/inne ☐ Dans/balet ☐ Gymnastik/barngympa/-yoga
☐ Fysiska vardagsaktiviteter/ fri lek inne/ute ☐ Gym/styrketräning/ friidrott ☐ Ridning
☐ Promenader/löpning/Racerunning ☐ Is-aktiviteter ☐ Snö-aktiviteter ☐ Kampsporter
☐ Annat _____

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

- ☐ För ung ☐ Utbud finns inte ☐ Är inte intresserad ☐ Bristande ork
☐ Bristande assistans ☐ Bristande anpassning ☐ Annat _____

Fall och fallrädsla Fylls i vid **14-årsbedömningen**, för övrigt vid behov.

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

Separat **Fall-formulär (Short-FES)** ifyllt ☐ Nej

☐ Ja

Separat **balanstest (Mini BESTest)** ifyllt ☐ Nej

☐ Ja

Återfinns under Vuxen / Fallrädsla Short-FES-I och Mini-BESTest

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

Ståhjälpmedel

Använder ståhjälpmedel? ☐ 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 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

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐
KAFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
KO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HO	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ortoser för funktion:

Mål med ortosen (flera alternativ kan anges):

	HÖ	VÄ	1. Förbättra gångförmåga	2. Förbättra balans ge stabilitet	3. Underlätta träning	4. Annat
FO (inlägg)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)						
AFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)						
KAFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)						
KO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Målet uppnås (nej, ja, vet inte)						
HO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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

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

Kommentar _____

Bedömning – fot (se manual)

Kan belasta fötterna

- ☐ Nej
☐ Ja, höger fot
☐ Ja, vänster fot

Belastad häl – höger

- ☐ Normal
☐ Varus
☐ Valgus

Belastad häl – vänster

- ☐ Normal
☐ Varus
☐ Valgus

Kommentar _____

Sittande

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

Har skolios

☐ Nej

☐ Ja

obligatorisk)

Skoliosen är:

☐ Korrigerbar

☐ Ej korrigerbar

Skoliosopererad

☐ Nej

☐ Ja (bedömning ej

	Höger	Vänster	Skoliosen bedöms vara
Thorakal	☐ konvex	☐ konvex	☐ lätt
Thorakolumbal	☐ konvex	☐ konvex	☐ måttlig
Lumbal	☐ konvex	☐ konvex	☐ uttalad
Bedömd i:	☐ stående	☐ sittande på brits	☐ liggande

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 lämna från britsen)

7 = Kan ta sig i och ur sittande (t.ex. 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

Armar vilande längs sidorna

Jämn viktfordelning

Totalpoäng

Sittande, sagittalt (poäng 1=ja, 0=nej)

Huvudet i medellinjen

Bålen i neutralläge

Bäckenet neutralt

Höfterna böjda (90°)

Knäna böjda (90°)

Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet

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)		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 knän	
Armar vilande längs sidorna		Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning		Jämn viktfördelning	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Kommentar _____

Rörelsestatus för standardiserade utgångsställningar se manual

Ryggliggande	Hö	Vä	Avviker från standardiserad utgångsställning. Om Ja, ange hur?
Höftabduktion med raka knän (tidigare kallad frivillig)			
Extenderade höfter och knän	____°	____°	Ja ☐
Höftflexion			
Fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben	____°	____°	Ja ☐
Höftextension			
Fixera bäckenet genom att böja andra benet.	____°	____°	Ja ☐
Hamstringsvinkel			
90° höftflexion (<i>fullt extenderat knä = 180°</i>).	____°	____°	Ja ☐
Knäflexion	____°	____°	Ja ☐
Knäextension			
Extenderad höft (<i>full extension = 0°</i>)	____°	____°	Ja ☐

Rörelsestatus för standardiserade utgångsställningar se manual

Ryggliggande ff

Hö Vä

Avviker från standardiserad utgångsställning.
Om Ja, ange hur?

Fotled (*plantigrad ställning = 0°*)

Dorsalflexion vid flekterat knä

____° ____°

Ja ☐

Dorsalflexion vid extenderat knä

____° ____°

Ja ☐

Rörelsestatus – Magliggande

Höft

Inåttrotation

Extenderade höfter och flekterat knä.

____° ____°

Ja ☐

Utåttrotation

Extenderade höfter och flekterat knä.

____° ____°

Ja ☐

Elys test (*längden på rectus*)

Fixera bäcken, flektera knä.

____° ____°

Ja ☐

Tonusbedömning

Spasticitet

Vanligtvis förekommer dessa två definitioner av spasticitet:

Spasticitet kan definieras som ett hastighetsberoende svar vid passiv förlängning av muskeln (*Lance 1980*).

Spasticitet kan definieras som ett ökat motstånd och beskriver fenomenet som är orsakat av en störning i det neuromuskulära svaret vid passiv förlängning av muskeln (*van den Noort et al 2017*).

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höftextensorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Adduktorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäflexorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knäextensorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plantarflexorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fotklonus

Höger

☐ Nej ☐ Ja

Vänster

☐ Nej

☐ Ja (Forts. nästa sida)

Dyskinesi

Definition: Dyskinesi karakteriseras av ofrivilliga, okontrollerade, återkommande ibland stereotypa rörelser, där primitiva reflexmönster dominerar och muskeltonusen varierar. Dyskinesi delas vidare in i subgrupperna dystoni och choreoathetos.

- **Dystoni:** domineras av avvikande posturer (kan ge intryck av hypokinesi) och växlande muskeltonus (lättutlöst tonusökning). Karakteriseras av; ofrivilliga rörelser, avvikande viljemässiga rörelser, och avvikande positioner och hållning orsakade av ihållande muskelkontraktion.
- **Choreoathetos:** domineras av hyperkinesi och fluktuerande tonus (vanligen sänkt). Med chorea menas snabba ofrivilliga, ryckiga, ofta fragmenterade rörelser. Med athetos menas långsammare, ständigt föränderliga, vridande eller vridna rörelser. (Monbaliu et al 2012)

Förekomst av dyskinesi ☐ Nej ☐ Ja Om Ja, markera i följande rader.
Förekomst av dystoni ☐ Nej ☐ Ja
Förekomst av choreoathetos ☐ Nej ☐ Ja

Kommentar: _____

Saxning vid gång/aktivitet ☐ingen ☐lätt ☐uttalad
Saxning i vila ☐ingen ☐lätt ☐uttalad

GMFM utförd (år-mån-dag) _____

Använd variant

GMFM-66 ☐ GMFM-66-Basal&Ceiling ☐ GMFM-66-Item Set 4 ☐

GMFM

GMFM Totalpoäng _____ SE _____ 95% KI _____ - _____

Ålder		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
GMFCS	I																?		?		
	II																?		?		
	III																?		?		
	IV																?		?		
	V																?		?		

Önskvärd bedömning

Fysioterapi

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

Om ja, hur ofta har det vanligen skett?

☐mindre än 1 ggr/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

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 ☐ 6–7 ggr/v

Fysioterapeutiska åtgärder

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

	Nej	Ja
Muskelstyrka	☐	☐
Muskeltonus	☐	☐
Rörlighet i leder	☐	☐
Postural förmåga (balans stabilitet)	☐	☐
Kondition	☐	☐
Kroppsuppfattning	☐	☐
Respiration	☐	☐
Smärta	☐	☐

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

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

Övriga kommentarer: