



Nationellt uppföljningsprogram – CPUP – Fysioterapeuter

Förberedelse-del Nyheter/förändringar/omformuleringar är skrivna med rött.

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 tillämpligt; 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 vanlig stol /vagn

Använder (också) sitthjälpmedel

Nej

Ja

Sitter ej

Typ av sitthjälpmedel (fler alternativ kan anges)

Sitter antal timmar/dygn

Arbetsstol

<8 tim.

Rullstol (utan tilt)

8–12 tim.

Rullstol (med tilt)

> 12 tim.

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. Fylls endast i om logoped INTE registrerat!

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 och möbler, dock ej andra 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 upp för trappa

Nej Skuttar, kryper Går

Tar sig själv ner för trappa

Nej Skuttar, kryper Går

Går upp för trappa

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

Går ner för 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 Vet inte

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?

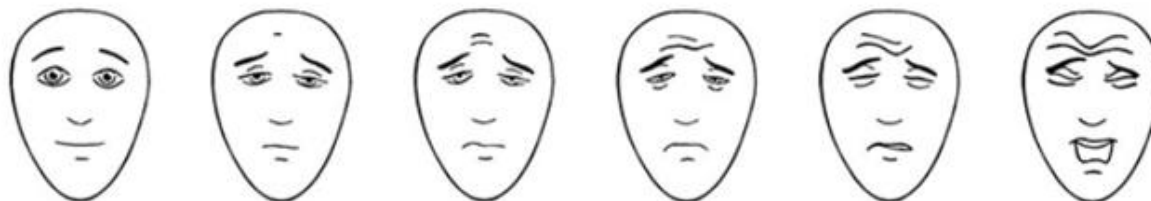
- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Din sömn?

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

Kommentar _____

Smärtskala med ansikten – reviderad (Face Pain Scale – Revised)



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
 Vet inte

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)

Nu finns det en diagnosförening för dig som har cerebral pares, har en anhörig som har cerebral pares, eller arbetar med personer med cerebral pares.

Välkommen till CPSverige!



CP S V E R I G E

”År 2020 skapades föreningen CP Sverige, som ett gemensamt initiativ av en handfull personer som på olika sätt har en koppling till diagnosen CP.

Vårt syfte är att lyfta diagnosen CP som ämne, informera om aktuella forskningsresultat och diskutera olika behandlingsalternativ. Vi planerar olika stöd- och diskussionsgrupper och vi vill besvara olika frågeställningar utifrån rollen som brukare, närstående och profession.

CP Sverige ska fungera som en mötesplats, där brukare och närstående ska kunna få tillgång till en samlad information kring diagnosen CP kopplat till hela livsspannet - där alla barn, ungdomar och vuxna är inkluderade. CP Sverige kommer att anordna olika föreläsningar, konferenser, digitala och fysiska träffar med olika teman relaterat till diagnosen CP. Föreningen ska agera som ett gemensamt forum och på detta sätt bidra till ett mer inkluderande samhälle.”

Besök oss på www.cpsverige.se

och följ oss på Facebook www.facebook.com/cpsverige