



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 uppför trappa

Nej Skuttar, kryper Går

Tar sig själv nerför trappa

Nej Skuttar, kryper Går

Går uppför trappa

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

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 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 Kamposporter
 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



Undersökningsdel

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

Dominerande neurologiskt symptom:

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
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

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 balansen 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 viktfordelning		Jämn viktfordelning	
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)			
Skoliosopererad	Har skolios	Skoliosen är:	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Korrigierbar	
<input type="checkbox"/> Ja (bedömning ej obligatorisk)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej korrigierbar	
	Höger	Vänster	Skoliosen bedöms vara
Thorakal	<input type="checkbox"/> konvex	<input type="checkbox"/> konvex	<input type="checkbox"/> lätt
Thorakolumbal	<input type="checkbox"/> konvex	<input type="checkbox"/> konvex	<input type="checkbox"/> måttlig
Lumbal	<input type="checkbox"/> konvex	<input type="checkbox"/> konvex	<input type="checkbox"/> uttalad
Bedömd i:	<input type="checkbox"/> stående	<input type="checkbox"/> sittande på brits	<input type="checkbox"/> 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)		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 viktfordelning		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. Om Ja, ange hur?
Höftabduktion med raka knän (tidigare kallad frivillig)			
Extenderade höfter och knän	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Höftflexion			
Fixera bäckenet genom att extendera motsatt ben	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Höftextension			
Fixera bäckenet genom att böja andra benet.	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Hamstringsvinkel			
90° höftflexion (<i>fullt extenderat knä= 180°</i>).	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Knäflexion			
	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Knäextension			
Extenderad höft (<i>full extension = 0°</i>)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Dorsalflexion vid flekterat knä			
(<i>plantigrad ställning = 0°</i>)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Dorsalflexion vid extenderat knä			
	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Rörelsestatus – Magliggande			
Höft			
Inåtrotnation			
Extenderade höfter och flekterat knä.	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Utåtrotnation			
Extenderade höfter och flekterat knä.	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Elys test (<i>längden på rectus</i>)			
Fixera bäcken, flektera knä.	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>

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 kroppsdelen

	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"/>

Fotklonus Höger Nej Ja **Vänster** Nej Ja

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

Saxning vid gång/aktivitet ingen lätt uttalad

Saxning i vila ingen lätt uttalad

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 _____ - _____

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

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

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 **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"/>

Bibehålla kroppsställning – Ändra position - Förflyttning

Har sedan föregående bedömningstillfälle tränat något av följande?

Bibehålla kroppsställning (liggande, sittande, knästående, stående)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ändra position (från liggande till sittande till stående)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Förflyttning med eller utan hjälpmedel (stjärthasning, rulla, krypa, gå, springa, hoppa)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

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

Övriga kommentarer: