

Nationellt uppföljningsprogram CPUP – Vuxen

Om detta är första CPUP-bedömningen ersätts ”sedan föregående bedömningstillfälle” med ”under senaste året”



Personnummer _____

Efternamn _____ **Förnamn** _____

Boendeform Eget boende Särskilt boende Hos föräldrar Annat boende

Personlig assistans Nej <60 tim/v 60-160 tim/v >160 tim/v

Annan hjälp Nej Hemtjänst Ledsagare Anhörigstöd (oavlönad)
 Boendestöd Övrigt _____

Sysselsättning Avlönat arbete Studier Daglig verksamhet
(huvudsaklig) Annat arbete Särskola Ingen sysselsättning

Omfattning <25% 26-50% 51-75% 76-100%

Tolk Nej Ja språk _____

Civilstånd Singel Särbo Sambo, gift **Antal barn** _____

Region _____

Distrikt _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____

Bedömning utförd av _____

Arbetsplats _____

CP subtyp

- Spastisk unilateral Högersidig svaghet Vänstersidig svaghet
 Spastisk bilateral
 Ataktisk
 Dyskinetisk
 Oklassificerad/mixad form Kommentar _____

GMFCS Klassifikation av grovmotorik I II III IV V

Kommentar _____

MACS Klassifikation av handfunktion

I II III IV V

Kommentar _____

CFCS Klassifikation av kommunikation

I II III IV V

Följande kommunikationsmetoder används av denna person

- Tal
 Ljud (såsom ”aaaah”) för att få partnerns uppmärksamhet
 Blick ansiktsuttryck gester och/eller pekning (t.ex. med en kroppsdel, pinne, laser)
 Handtecken
 Kommunikationsbok, karta och/eller bilder
 Talapparat eller talsyntes
 Annat _____

Kommentar _____

Aktiv ledrörlighet - Funktionellt test, utgångsställning sittande

Höger

Vänster

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| Når nacken med handen | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| Når munnen med handen | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| Når rygglutet med handen | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| Kan aktivt supinera | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |

Aktiv supination, ange grader _____° _____°

Kommentar _____

Tumme

Stramhet vid volarabduktion

Thumb in palm, enligt House

- Höger Nej Ja
 Vänster Nej Ja

- Höger Nej Ja
 Vänster Nej Ja

Kommentar _____

Zancolli, samtidig handleds- och fingersträckning

- | | | | | | | |
|---------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|
| Höger | <input type="checkbox"/> 1+X | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2A | <input type="checkbox"/> 2B | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Kan ej bedömas |
| Vänster | <input type="checkbox"/> 1+X | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2A | <input type="checkbox"/> 2B | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Kan ej bedömas |

Kommentar _____

Funktionsklass enligt House 0-8

(OBS! Skalan omvänd jämfört med MACS)

Höger _____

Vänster _____

- Dominant hand Höger Vänster Båda
 Har bimanuell förmåga Nej Ja

Kommentar _____

Liggande, vilo- och sovställning (Fler svar kan anges)

- Ryggliggande
- Magliggande
- Sidoliggande höger
- Sidoliggande vänster
- Annan vilo- och sovställning

Ligger antal timmar/dygn

- < 8 tim
- 8-12 tim
- > 12 tim

Använder positionerande hjälpmedel i liggande:

- Nej Kuddar Ställbar säng Annat _____

Kommentar _____

Passiv ledrörlighet – Utgångsställning ryggliggande

(Anges som 0, 5, 10, 15, 20° osv, extensionsdefekt anges som negativt värde -5,-10,-15, -20° osv)

	Hö	Vä	Avviker från standardiserad Utgångsställning
Axel			Om ja, ange hur?
Abduktion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Utåtrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Inåtrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Armbåge			
Extension (rak armbåge 0°)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Supination	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Pronation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Handled			
Extension	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension med raka fingrar	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Ulnardeviation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Radialdeviation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Höft			
Abduktion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Inåtrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Utåtrotation	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Knä			
Hamstringsvinkel (rakt knä 180°)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension (rakt knä 0°)	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Fotled (plantigrad ställning 0°)			
Dorsalflexion vid flekterat knä	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____
Dorsalflexion vid extenderat knä	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/> _____

Kommentar _____

Spasticitet/Muskeltonus

Saxning vid gång / aktivitet Ingen Lätt Uttalad
 Saxning i vila Ingen Lätt Uttalad

	Höger		Vänster	
Fotklonus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Handklonus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Spasticitet i handleds-eller fingerflexorer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Spasticitet i tåflexorer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Skattning av muskeltonus i vila enligt Modifierad Ashworthskala (se även manual)

0= ingen förhöjd muskeltonus.

1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan.

+1= lätt förhöjning av muskeltonus, "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget).

2= mer markant förhöjning av tonus genom större delen av rörelsebanan, rörelsen fortfarande lätt att utföra.

3= avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser.

4= stelhet vid flexion eller extension av kroppsdel.

	Höger						Vänster					
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Armbågsflexorer	<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"/>
Höftadduktorer	<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"/>
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 _____

Bål (Ryggliggande, avstånd i cm mäts med måttband)

Vertikalt Processus coracoideus Höger – SIAS Höger _____cm
 Processus coracoideus Vänster – SIAS Vänster _____cm
 Diagonalt Processus coracoideus Höger – SIAS Vänster _____cm
 Processus coracoideus Vänster – SIAS Höger _____cm

Kommentar _____

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

Kommentar _____

PPAS, position ryggliggande (OBS! Fylls i för personer som har PPAS nivå 2-7, ovan)

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 knä	
Armarna vilande längs sidorna		Fötterna vilar i neutralläge	
Jämn viktfördelning		Jämn viktfördelning	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Kommentar _____

PPAS, postural förmåga sittande på brits

- 1 = Kan inte placeras i sittande
 2 = Kan 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 tex ta tyngd på fötterna och lämna från britsen)
 7 = Kan ta sig i och ur sittande (tex till stående och tillbaks till sittande)

Kommentar _____

PPAS, position sittande (OBS! Fylls i för personer som har PPAS nivå 2-7, ovan)

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°)	
Armarna vilande längs sidorna		Knän böjda (90°)	
Jämn viktfördelning		Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet	
Totalpoäng		Totalpoäng	

Bedömd i sittande: Utan stöd Med stöd

Kommentar _____

Ryggbedömning (se manual)

Har skolios Nej Ja Skoliosopererad

Skoliosen är Korrigierbar 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: Stående Sittande på brits Liggande

Kommentar _____

Spinal ortos - (korsett)

Använder spinal ortos? Nej Ja

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

<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

Ortosen har avsedd effekt

Genomsnittlig användningstid timmar/dygn:

<6 6-10 11-20 >20

Kommentar _____

Sittande (Fler svar kan anges tex formgjuten sits och rullstol)

<input type="checkbox"/> Sitter ej	Sitter antal timmar/dygn
<input type="checkbox"/> Formgjuten sits	<input type="checkbox"/> < 8 tim
<input type="checkbox"/> Rullstol (med tilt)	<input type="checkbox"/> 8-12 tim
<input type="checkbox"/> Rullstol (utan tilt)	<input type="checkbox"/> > 12 tim
<input type="checkbox"/> Arbetsstol	
<input type="checkbox"/> Vanlig stol	
<input type="checkbox"/> Annat alternativ	Vad? _____

Kommentar _____

Stående

Står ej Står med stöd Står utan stöd

Använder ståhjälpmedel Nej Ja

Dagar per vecka 1-2 3-4 5-6 7

Antal timmar/dag <1 1-2 3-4 >4

Typ av ståhjälpmedel (fler alternativ kan anges t ex ståskal och tippbräda):

Tippbräda/ Ståstöd Ståskal Stårullstol Annat _____

Ståhjälpmedel används i kombination med: Ortoser nedre ex Spinal ortos

Kommentar _____

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 tex flytta en fot framåt*)
 7 = Kan ta sig i och ur stående (*tex gå och stanna*)

Kommentar _____

PPAS, position stående (OBS! Fylls i för personer som har PPAS nivå 2-7, ovan)

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 höfter och knän	
Armarna 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 – fötter**Kan belasta fötterna**

- Nej
 Höger fot
 Vänster fot
 Båda fötterna

Belastad häl - höger

- Normal
 Varus
 Valgus

Belastad häl - vänster

- Normal
 Varus
 Valgus

Kommentar _____

Fall

Frågorna är besvarade av: Personen själv Någon i personens omgivning

Har du fallit senaste året? Om ja, har antalet fall ökat? Är du rädd för att falla?

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja, varje dag | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, men påverkar inte aktiviteter |
| <input type="checkbox"/> Ja, varje vecka | | <input type="checkbox"/> Ja, påverkar aktiviteter till viss del |
| <input type="checkbox"/> Ja, varje månad | | <input type="checkbox"/> Ja, påverkar aktiviteter till stor del |
| <input type="checkbox"/> Ja, mer sällan | | <input type="checkbox"/> Vet inte |

Kommentar _____

Överflyttningar/korta förflyttningar (t ex till toalett eller säng)

- Stående överflyttning utan stöd
- Stående överflyttning med stöd
- Sittande överflyttning
- Använder lyft och sele

Kommentar _____

Förflyttning i trappor

Går uppför trappa

- Utan stöd
- Med hjälp av ledstång
- Med levande stöd
- Med levande stöd + ledstång
- Nej, kan inte

Går nedför trappa

- Utan stöd
- Med hjälp av ledstång
- Med levande stöd
- Med levande stöd + ledstång
- Nej, kan inte

Kommentar _____

Functional Mobility Scale (FMS) (OBS! Skalan omvänd jämfört med GMFCS)

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

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500meter

N= Inte tillämpligt; t.ex. personen fullföljer inte avståndet.

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, trottoarkant och i folksamlingar.

Kommentar _____

Förflyttning-Rullstol

Inomhus - vanligast förekommande

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Manuell rullstol: | <input type="checkbox"/> Använder ej | <input type="checkbox"/> Kör själv | <input type="checkbox"/> Blir körd |
| Elektrisk rullstol: | <input type="checkbox"/> Använder ej | <input type="checkbox"/> Kör själv | <input type="checkbox"/> Blir körd |

Utomhus - vanligast förekommande

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Manuell rullstol: | <input type="checkbox"/> Använder ej | <input type="checkbox"/> Kör själv | <input type="checkbox"/> Blir körd |
| Elektrisk rullstol: | <input type="checkbox"/> Använder ej | <input type="checkbox"/> Kör själv | <input type="checkbox"/> Blir körd |

Kommentar _____

Smärta

Frågorna är besvarade av: Personen själv Någon i personens omgivning Abbey Pain Scale

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?

	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	<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, lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knä	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage	<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"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, var? _____

Under de senaste fyra veckorna - Hur mycket har värken eller smärtan stört:

Dina normala aktiviteter?

(arbete och andra dagliga sysslor)

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

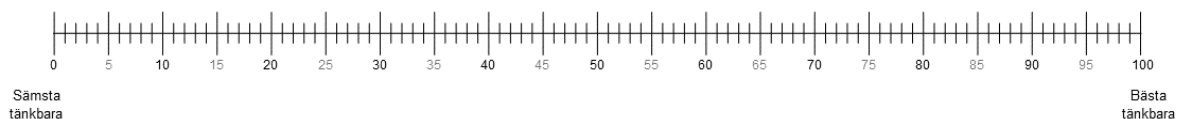
Din sömn?

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

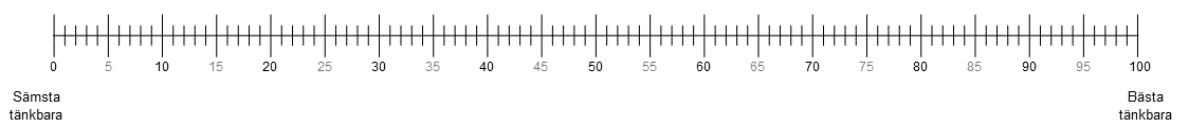
Kommentar _____

Hälsa

Hur bedömer du din **fysiska hälsa** den senaste månaden? (0-100)



Hur bedömer du din **psykiska och känslomässiga hälsa** den senaste månaden? (0-100)



Kommentar _____

EDACS Klassifikation av ät- och drickförmåga I II III IV V

Grad av stöd Självständig Kräver assistans Totalt beroende

Kommentar _____

Nutritionstatus

Längd _____ **cm** **Vikt** _____ **kg**

Längden osäker/svårsmänt Nej Ja

Mätt i stående Mätt stående på våg
 Liggande på mätbräda Sittvåg
 Liggande - måttband Liftvåg
 Patientens egen uppgift I famnen
 Patientens egen uppgift

Hudveckstjocklek subskapulärt (mäts under skulderbladet)

< 0,5 cm (närmast avsaknad av underhudsfett)
 > 0,5 cm (underhudsfett finns)

Har gastrostomi Nej Ja

Kommentar _____

Ortoser (Flera alternativ kan anges)

Använder ortoser för övre eller nedre ex? Nej Ja

Ange typ	Förbättra funktion		Motverka kontraktur/felställning		Användningstid /dygn	
	Hö	Vä	Hö	Vä	< 6 tim/	≥ 6 tim
1 AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar _____

Har ortosen avsedd effekt? (se siffra 1-4 ovan)

Ja Ortos nummer _____ , _____ , _____ , _____

Nej Ortos nummer _____ , _____ , _____ , _____

Om nej, varför? _____

Fraktur

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

Var? (lokalisering) _____

Orsak? Fall Olycka Spontanfraktur Vet inte

Kommentar _____

Operationer och tonusreducerande behandling

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

Vilken/vilka operationer? _____ Datum _____

_____ Datum _____

_____ Datum _____

Fått **botulinumtoxin** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Vilka muskler? _____ Datum _____

_____ Datum _____

_____ Datum _____

Har utfört/ fått hjälp att utföra **träningsprogram** efter op/botox? Nej Ja

Har **baklofenpump** Nej Ja

Har **peroral tonusreducerande medicin** Nej Ja

Röntgen

När är senaste höft-röntgen gjord? _____ Var? _____

När är senaste ryggröntgen gjord? _____ Var? _____

Fysisk aktivitet

Har sedan föregående bedömningstillfälle regelbundet deltagit och utfört **fysiska idrotts- och fritidsaktiviteter**?

Nej <1 gång/vecka 1-2 ggr/vecka 3-5 ggr/vecka >5 ggr/vecka

Vilken/vilka fysiska fritidsaktiviteter?

Promenad Löpning Cykling Simning/vattenaktivitet
 Ridning Fotboll Dans Styrketräning
 Gymnastik Skidåkning Basket Boccia/Boule
 Kampsport Innebandy Bowling Tennis/Badminton

Annat _____

Kommentar _____

Behandling/träning

Har sedan föregående bedömningstillfälle utfört/fått hjälp att utföra **aktiviteter/träning** för:

Minskad smärta	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ledrörlighet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Muskelstyrka	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kondition	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Postural förmåga (balans, stabilitet)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Förflyttningsförmåga	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Andning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Handfunktion	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Personlig vård	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kommunikation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kognition	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Kommentar _____

Har satt upp konkreta **mål med träningen** i samråd med:

Fysioterapeut Nej Ja Arbetsterapeut Nej Ja Logoped Nej Ja

Annan? _____

Kommentar _____

Följande formulär ifyllda

FSS	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Fall	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
WHODAS	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Har CPUP undersökningen medfört förslag till åtgärder? (Vad, vilka?)

Övriga kommentarer