

CPUP – MEDICINSKT FORMULÄR för vuxna med cerebral pares

Personnummer: _____ Namn: _____

Undersökningsdatum: _____ Ifyllt av: _____

Bakgrundsinformation:

Född i Sverige? Ja Nej Vet inte

Om inte, vilket födelseland? _____

Uppfyller kriterierna för cerebral pares (CP)

- Ja
 Nej, CP-diagnos avskriven

CP subtyp

Nivå 1 (Dominerande neurologiskt symptom)

Spasticitet

Dyskinesi

Ataxi

Nivå 2

Bilateral spastisk CP

Unilateral spastisk CP

Dyskinetisk CP

Nivå 3 (ICD-10 kod)

G80.0 Tetraplegi

G80.1 Diplegi

G80.2 Hemiplegi höger

G80.2 Hemiplegi vänster

G80.3 Choreoathetos

G80.3 Dystoni

G80.4 Enkel ataxi

G80.4 Ataktisk diplegi

G80.8C Blandform

Kognitiv nivå (ICD-10 kod)

Intellektuell funktionsnedsättning?

- Ja, medelsvår till svår intellektuell funktionsnedsättning ($IQ < 50$)
 Ja, lätt intellektuell funktionsnedsättning ($IQ = 50-69$)
 Borderline, under genomsnittet ($IQ = 70-84$)
 Nej, normal (genomsnittlig eller över) ($IQ \geq 85$)
 Vet inte

Neuropsykiatriskt tillstånd?

Autism Ja Nej Vet inte
ADHD Ja Nej Vet inte
ADD Ja Nej Vet inte

Psykisk ohälsa?

Utmattningssyndrom Ja Nej Vet inte
Ångest Ja Nej Vet inte
Depression Ja Nej Vet inte

Fastställd psykiatrisk diagnos? Ja Nej Vet inte

Om ja, ange ICD-10 kode(r) _____

Hörselnedsättning? Döv, ingen användbar hörsel
 Viss hörselnedsättning (även efter korrektion bästa örat)
 Nej
 Vet inte

Synnedsättning? Blind, ingen användbar syn
 Viss synnedsättning (även efter korrektion bästa ögat)
 CVI (cerebral visual impairment)
 Nej
 Vet inte

Epilepsi? Ja, har epilepsi
 Ja, har haft epilepsi (minst 2 provocerade anfall)
 Nej, har aldrig haft epilepsi
 Vet inte

Om ja, använder antiepileptika? Ja Nej Vet inte

Problem med luftvägar/andning

Känd luftvägssjukdom?

Ja, astma
 Ja, KOL
 Ja, recidiverande nedre luftvägsinfektioner (>3 senaste 12 månaderna)
 Ja, sjukhusinläggning sista året pga. andningssvårigheter/infektioner
 Nej
 Vet inte

Om ja,
använder inhalationsmediciner? Ja Nej Vet inte
använder andningshjälpmedel? Ja Nej Vet inte

Sväljfunktion?

Har sväljsvårigheter Ja Nej Vet inte
Har gastrostomi Ja Nej Vet inte

Inkontinens?

- Ja, urininkontinens
- Ja, både urin- och avföringsinkontinens
- Ja, avföringsinkontinens
- Nej
- Vet inte

Höftluxation?

- Ja, luxation höger
- Ja, luxation vänster
- Ja, luxation bilateralt
- Nej
- Vet inte

Tidigare frakturer?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om ja,

- Övre extremitet (*axel, arm, hand*)
- Nedre extremitet (*bäcken, höft, ben, fot*)
- Rygg (*nacke, rygg, bröstorg*)
- Huvud (*ansikte, skalle*)

Ortopediska operationer?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om ja,

- Övre extremitet (*axel, arm, hand*)
- Nedre extremitet (*bäcken, höft, ben, fot*)
- Rygg (*nacke, rygg, bröstorg*)

Spasticitetsreducerande operationer?

Har baklofenpump

- Ja
- Nej
- Vet inte

SDR (selektiv dorsal rhizotomi)

- Ja
- Nej
- Vet inte

Aktuella läkemedel?

(*utöver ev. antiepileptika, inhalationsmediciner*)

Om ja, vilka _____

- Ja
- Nej
- Vet inte

Överkänslighet/allergi?

(*även ev. läkemedelsallergi*)

Om ja, vilka _____

- Ja
- Nej
- Vet inte

**Andra sjukdomar och tillstånd?
(ICD-10 kod):**

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om ja, ange ICD-10 kode(r) _____

Övriga kommentarer: