

Nationellt uppföljningsprogram CPUP - Fysioterapeuter

Förberedelse-del Nyheter/förändringar/omformuleringar är skrivna med grön text.

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, trottoarkant eller i folksamlingar.

Sitthjälpmedel Använder vanlig stol /vagn**Använder (också) sitthjälpmedel** Nej Ja Sitter ej**Typ av sitthjälpmedel** (fler alternativ kan anges) Arbetsstol Rullstol (utan tilt) Rullstol (med tilt) Formgjuten sits/sittsystem/specialanpassning Golvstol/Sittskal Sadelstol**Sitter antal timmar/dygn** <8 tim. 8–12 tim. > 12 tim.**Sitthjälpmedel används i kombination med** Ortoser nedre ex Spinal ortos

Kommentar _____

Rullstol inomhus – vanligast förekommandeManuell rullstol: använder ej blir körd kör självElektrisk rullstol: använder ej blir körd kör själv**Rullstol utomhus** – vanligast förekommandeManuell rullstol: använder ej blir körd kör självElektrisk rullstol: använder ej blir körd kör själv

Kommentar _____

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 _____

Förflyttning mellan golv, stol och stående – vanligast förekommande

Här efterfrågas självständig förflyttning. **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 självständigt upp för trappa

- Går Utan stöd
 Med hjälp av ledstång

Skuttar, kryper upp för

- Nej Kan med levande stöd
 Kan med levande stöd+ ledstång
 Kan ej

Tar sig självständigt ner för trappa

- Går Utan stöd
 Med hjälp av ledstång

Skuttar, kryper ner för

- Nej Kan med levande stöd
 Kan med levande stöd+ ledstång
 Kan ej

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

_____ Datum _____

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

Nej Ja

Vilka muskler? Datum

_____ 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)

_____ 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 vardagliga aktiviteter?

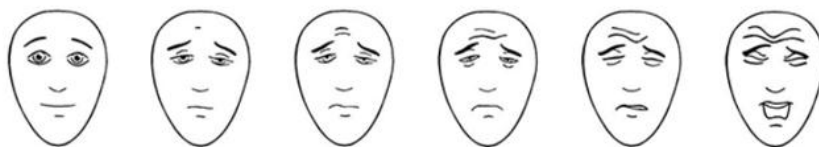
- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

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 g/vecka 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 g/vecka 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 _____

SALTIN GRIMBY - Hur mycket rör Du Dig och anstränger Dig kroppsligt på fritiden?
 (genomsnitt senaste året)

1. **Stillasittande** fritid. (Tex. läser, ritar, lyssnar på musik, tittar på TV, dator, mobil)
 2. **Någon fysisk aktivitet** på fritiden under minst 4 timmar per vecka.
 3. **Regelbunden måttlig fysisk aktivitet** och träning under minst 2 till 3 timmar per vecka.
 4. **Regelbunden hård träning** och tävlingsidrott (aktivitet med hög intensitet) flera gånger i veckan.

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)

Tom sida



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

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 balansge 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****Ståförmåga och stähjälpmiddel**
 Står utan stöd Står med stöd Står ej
Använder stähjälpmiddel? Nej Ja**Användningstid**

Dagar per vecka:	<input type="checkbox"/> 1–2	<input type="checkbox"/> 3–4	<input type="checkbox"/> 5–6	<input type="checkbox"/> 7
Gånger per dag:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3
Antal timmar per dag:	<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> 1–2	<input type="checkbox"/> 3–4	<input type="checkbox"/> >4

Typ av stähjälpmiddel (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)
Stähjälpmiddel används i kombination med (flera alternativ kan anges)
 Ortoser nedre ex Spinal ortos
Bedömning – fot (se manual)

Bakfotens ställning i stående (oavsett om häl är i golv eller ej) är:

Kan belasta fötterna

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

Höger häl

-
- Normal
-
-
- Varus
-
-
- Valgus

Vänster häl

-
- Normal
-
-
- Varus
-
-
- Valgus

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 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 Ståhjälpmedel

Kommentar _____

Längd och vikt. Borttaget ur logopedernas formulär, mäts och fylls i av FT

Datum _____ Längd _____ cm Vikt _____ kg

- Längden osäker/svårsmädd Nej Ja
- Mädd i stående Mädd i stående på våg
 - Mädd i sittvåg
 - Liggande på mätbräda Liftvåg
 - Liggande måttband I famnen
 - Patientens egen uppgift Patientens egen uppgift

Hudveckstjocklek subskapulärt (mäts under skulderbladet)

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

Har gastrostomi Nej Ja

Sittande

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

Bedömd i: stående sittande på brits liggande

Skoliosopererad Nej Ja (bedömning ej obligatorisk)

Har skolios Nej Ja

Skoliosen är: Korrigierbar Ej korrigierbar

Thorakal konvex konkav

Thorakolumbal konvex konkav

Lumbal konvex konkav

Höger konvex konkav

Vänster konvex konkav

Skoliosen bedöms vara lätt måttlig uttalad

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 viktfördelning		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 viktfordelning	
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 viktfordelning	
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	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
(<i>plantigrad ställning = 0°</i>)			
Dorsalflexion vid extenderat knä	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Rörelsestatus – Magliggande			
Höft			
Knäflexion i magliggande (Elys test)			
Fixera bäcken, flektera knä.	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Inåtrotnation			
Extenderade höfter och flekterat knä.	_____°	_____°	Ja <input type="checkbox"/>
Utåtrotnation			
Extenderade höfter och flekterat 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 hållning (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																	?	?	<input checked="" type="checkbox"/> Önskvärd bedömning
GMFCS III																	?	?	
IV																	?	?	
V																	?	?	

*Övriga testvarianter tillför ingen info och tar längre tid att genomföra.

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 g/v 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 g/v 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: