

**Nationellt uppföljningsprogram CPUP - Fysioterapeuter****Förberedelse-del**

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

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

Nej  Ja

Vilka muskler? Datum

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Datum för avgipsning \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Datum för avgipsning \_\_\_\_\_

## 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?

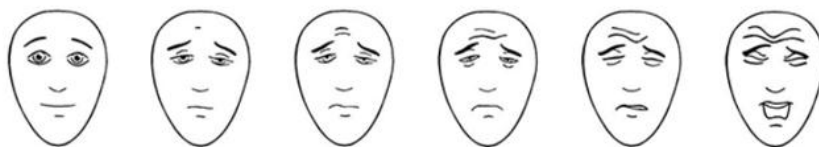
- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

### 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)