

Brukaren/dess företrädare har godkänt informationsöverföring och fotodokumentation

**Personuppgifter brukare**

Namn	Pers nr	Telnr/mobiltel
Adress	Ort	Kontaktperson

**Arbetsterapeut**

Namn	Arbetsställe	Adress
Ort	Tel/mobiltel	E-postadress

**Sjukgymnast/Fysioterapeut**

Namn	Arbetsställe	Adress
Ort	Tel/mobiltel	E-postadress

Datum

Finns kontakt med vuxenhabiliteringen eller annan relevant behandlare?

**Allmän information:**

Diagnos/Funktionshinder:

Hur kommunicerar brukaren:

Tillgång till personal t ex personlig assistans, hemtjänst, dubbelbemanning.

Hur sitter brukaren idag och vilka hjälpmedel används såsom till exempel rullstol, sittdyna, bälte, bord korsett etc. Bifoga gärna bilder:

Vilka hjälpmedel har provats tidigare och varför har det inte fungerat? Beskriv.

**Vad önskas hjälp med?**

Beskriv disponering av tid över dygnet:

Nattsömn

Vila dagtid

Antal timmar i rullstol och i övrigt sittande

Vilka aktiviteter utför brukaren sittande i rullstolen:

Vilken miljö ska hjälpmedlet användas i?

Manövrering av rullstol:

Kör själv med båda händerna

Sparkar sig fram

Kör själv med hand+fot

Körs av annan person

Annat

Beskriv:

Förflyttning till och från rullstol.

Sker förflyttning manuellt eller med lyft? Vilken lyftsele används? Sitter brukaren kvar på selen? Hur mycket kan personen medverka vid förflyttning?

**Allmän medicinsk information**

Syn / Hörsel:

Längd:

Vikt:

Smärta:

Tonus / Reflexer (t ex spasticitet, tonusväxling, ataxi, hyper-/hypotoni):

Sensibilitet:

Hudbesvär, risk för trycksår / befintligt trycksår:

---

**Specifik fysisk undersökning**

Kort beskrivning av undersökningsmiljö:

Undersökning i sittande: Bifoga gärna bilder

Huvud/Nacke:

Beskriv huvudkontroll och nackrörlighet i sittande:

Bål/Ryggradsrörlighet:

Beskriv eventuella felställningar / avvikelser från normal kurvatur. Ange om det är flexibelt eller fixerat. Bifoga gärna bilder:

Beskriv armarnas position och rörlighet i sittande.

Bäcken:

Är det roterat, tippat, eleverat?

Rörligt eller fast?

Höft:

Hur är rörligheten i höfter, beskriv. Hur påverkar ev inskränkning sittandet?

Knä

Hur är rörligheten i knän, beskriv. Hur påverkar ev inskränkning sittandet

Fot

Hur kan foten placeras på fotplattan? Beskriv.

Sittförmåga

Beskriv hur brukaren sitter samt bålstabilitet.

Handfri sittare

Handberoende sittare

Totalberoende sittare

**Skickas till:**

**Hjälpmedelsservice/Lotta Sjöo eller Maria Hedin**

**Östanvindsgatan 14**

**65221 Karlstad**