

Patienten har godkänt informationsöverföring och fotodokumentation**Personuppgifter patient**

Namn	Personnummer	Telefonnummer
Adress	Ort	Kontaktperson

Arbetsterapeut

Namn	Telefonnummer
E-postadress	

Sjukgymnast/fysioterapeut

Namn	Telefonnummer
E-postadress	

Kontaktuppgifter

Arbetsplats	Ort
Postadress	

Finns kontakt med vuxenhabiliteringen eller annan relevant behandlare?**Frågeställning**

Allmän information patient

Diagnos/funktionshinder		
Kommunikation (hur kommunicerar patienten)		
Tillgång till personal (tex. personlig assistans, hemtjänst, dubbelbemanning)		
Nuvarande hjälpmedel (vilken typ av rullstol, sittdyna, bälte eller tex. bord används i nuläget) Bifoga gärna bilder.		
Tidigare hjälpmedel (ange vilka hjälpmedel som har provats tidigare och varför de inte har fungerat)		
Typ av sitthjälpmedel och antal timmar i respektive hjälpmedel/dygn	Arbetsstol Rullstol Elrullstol Annat:	Antal h/dygn Antal h/dygn Antal h/dygn
Disponering av tid på dygnet	Nattsömn Vila dagtid	Antal h/dygn Antal h/dygn
Miljö där hjälpmedlet används	Inomhus Hemma Utomhus Annat:	
Användningsområde (vilka aktiviteter utför patienten sittande i rullstolen)		
Faktorer som påverkar i miljön (tex. hiss, stark lutning, ojämnt underlag, grusväg etc.)		

Transport av hjälpmedel (via buss, bil eller färdtjänst)	
Manövrering av rullstol	Kör själv med båda händerna Sparkar sig fram Kör själv med hand+fot Körs av annan person Annat:
Förflyttning i och ur hjälpmedlet (vilka hjälpmedel behövs vid förflyttning tex. lyft och typ av lyftsele. Ange om patienten sitter kvar på selen)	
Behov av andra stöd i sitt stthjälpmedel	Ortoser nedre extremitet Spinal ortos Annat:

Allmän medicinsk information

Syn/hörsel	
Längd	
Vikt	
Tonus Beskriv hur tonusen visar sig, tex. skillnad mellan sidor, eller armar och ben. När sker tonusökning?	Hyperton Hypoton Typisk Beskriv
Smärta (bedöm enligt VAS-skalan, alt. skriv i fritext)	
Sensibilitet/känsl (dokumentera om känsln är nedsatt eller om något annat behöver uppmärksammas)	
Hudbesvär (risk för trycksår eller finns befintligt trycksår)	

Bedömning av sittande

Beskriv undersökningsmiljön	
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.	
Armar (beskriv armarnas position och rörlighet i sittande)	
Bäcken	Roterat Tippat Eleverat Flexibelt Fast
Höft (beskriv rörligheten i höfterna och om ev. inskränkningar påverkar sittandet)	
Knä (beskriv rörligheten i knän och om ev. inskränkningar påverkar sittandet)	
Fot (beskriv rörligheten i fötter och om ev. inskränkningar påverkar sittandet)	
Bedömning bålstabilitet i sittande enligt följande skala (välj ett av alternativen)	1. Kan inte placeras 2. Stöd från huvud och nedåt 3. Stöd från skuldror eller bål och nedåt 4. Stöd av bäcken 5. Bibehåller position, rör sig inte 6. Lutar bålen framåt, rätar upp sig igen 7. Lutar bålen åt sidan, rätar upp sig igen 8. Lutar bålen bakåt, rätar upp sig igen

Sittförmåga (behov av stöd)	Sitter utan stöd av händer Sitter med stöd av händer Sitter endast med totalt stöd
Sittförmåga (beskriv hur patienten sitter)	

Ifylld remiss skickas till:**Hjälpmedelsservice
Remiss formgjuten sits
Östanvindsgatan 14
65221 Karlstad**