

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård.	Ja	Nej/Samtycke ej tillämpligt
Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.	Nej	Ja, vad:

KONSULTATION gällande

Elrullstol Elrullstol för inomhusbruk Elrullstol med ståfunktion	Sittdyna/ryggdyna Tillbehör	Formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna OBS! Komplettera alltid med bilaga "Formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna"
--	--------------------------------	--

BEHOVSTRAPPA enligt hjälpmedelsguiden					
Ange behovstrappa	Aktiviteter i dagliga livet	Förflyttning	Kommunicera	Vård o behandling	
Ange trappsteg					
BESLUTSSTÖD enligt hjälpmedelsguiden					
Effekt/nytta:	0 (ingen)	1 (mycket liten)	2 (måttlig)	3 (stor)	4 (mycket stor)
Frekvens:	0 (extremt sällan)	1 (mycket sällan)	2 (sällan)	3 (ofta)	4 (mycket ofta)

FÖRSKRIVARE

BRUKARE

Kombikod (11 tecken)		Datum		Personnummer	
Namn			Titel	Namn	
Arbetsplats			Adress		Portkod
Adress			Boendenamn		
Postnummer	Ort		Postnummer	Ort	
Telefon (inkl riktnummer)		Mobil/direktnummer		Telefon	Mobil
E-post			Kontaktperson		Telefon
Region	Kommun	Privat	Särskilt boende	Boende med särskilt stöd/LSS	Eget boende

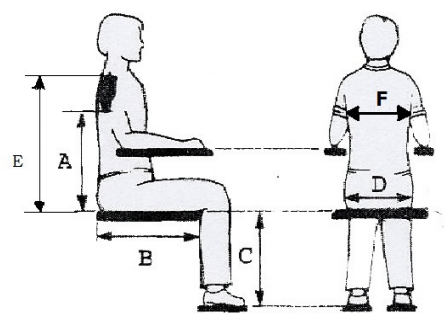
INFORMATION OM BRUKARE

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Även ex. motorik, hand/armfunktion, kognition, syn och hörsel

Initialer (Brukarnamn):

MÅTT

Sittbredd (D)	cm	
Sittdjup (B)	cm	
Underbenslängd (C)	cm	
Rygghöjd (A)	cm	
Rygghöjd (E)	cm	
Bålbredd (F)	cm	
Kroppsvikt	kg	
Kroppslängd	cm	

STATUS

Ingen sittproblematik finns	Sittproblematik finns
-----------------------------	-----------------------

Tonus	Normal tonus	Hypertonus, ange var:	Hypotonus, ange var:
Finns sensibilitetsbortfall?	Nej	Ja, ange var:	
Har brukaren smärta?	Nej	Ja, ange var:	
Finns trycksår?	Nej	Nej, men har haft ange var:	Ja, ange var:
Använder brukaren:			
Korsett:	Nej	Ja	Fotledsortoser: Nej Ja Övriga ortoser: Nej Ja, vilka:
Har brukaren huvudkontroll?	Nej	Ja	Kommentar:
Finns benlängdsskillnad?	Nej	Ja	Kommentar:
Förekommer luxation?	Nej	Ja	Kommentar:
Finns kontrakturer?	Nej	Ja	Kommentar:
Har brukaren protes/er?	Nej	Ja	Kommentar:
Överflyttning i och ur stol/elrullstol	Utan assistans	Med assistans	Med lyft Annat:
Sittförmåga (enligt Hoffer M.M)	Handsfri sittare (sitter längre stunder utan att använda händerna för att stödja sig) Handberoende sittare (en eller båda händer används för att ge stöd för att sitta) Oförmögen sittare (saknar all förmåga att sitta utan yttre hjälp)		
Behandling (Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittandet, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv)			

Initialer (Brukarnamn):

Viloposition i liggande/24-timmarspositionering

HÖFT - KNÄ - FOTLEDER				
Kan brukaren i sittande:	Höger		Vänster	
uppnå 90° i höftled?	Ja	Nej	Ja	Nej
uppnå 90° i knäled?	Ja	Nej	Ja	Nej
abducera i höftled?	Ja	Nej	Ja	Nej
adducera i höftled?	Ja	Nej	Ja	Nej
uppnå 0° i fotled?	Ja	Nej	Ja	Nej

RYGG

Finns felställningar i ryggen? Skriv eller rita gärna.

BÄCKENET (R – Rörligt, F – Fixerat)					
Sett från sidan					
Bakåttippat		Framåttippat		Neutralt	
R	F	R	F	R	F
Sett framifrån					
Högertippat		Vänstertippat		Neutralt	
R	F	R	F	R	F
Sett ovanifrån					
Bakåtroterat Hö		Bakåtroterat Vä		Neutralt	
R	F	R	F	R	F

ÖVRIGT GÄLLANDE SITTANDE/STATUS

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

Har inget hjälpmedel av denna typ.
 Nuvarande hjälpmedel finns:

Individnummer: _____ **Modell:** _____

(Fyller i förekommande fall:) Sittbredd: _____ cm Sittdjup: _____ cm Sitthöjd: _____ cm

Nuvarande tillbehör till stol/rullstol

Bälte/Sele _____ Specialrygg _____ Annat: _____

Sittdyna

Namn: _____ Bredd: _____ cm Djup: _____ cm Höjd: _____ cm

Hur lång tid sitter brukaren i sin nuvarande stol/elrullstol?

PROBLEMSTÄLLNING

Initialer (Brukarnamn):

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

--

FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

Elrullstol (4-hjulig med joystickstyrning)		Scooter (3-hjulig eller 4-hjulig med styre)	
Enkel komfort	Avancerad komfort (behov av eltilt, elbenstöd, sitslyft och eller elbenstöd)	Behov av sittanpassning	
Byte av elrullstol Orsak till byte:			
Vårdarstyrning på elrullstol			
Ska vårdarstyrning monteras på befintlig stol? Nej Ja			
Om ja, vilken modell:		Individnummer:	
Slingstyrning			

ANVÄNDNING, OMRÅDE/MILJÖ

Hur länge ska brukaren sitta i det tänkta hjälpmedlet?
--

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska stolen/elrullstolen fungera?				
Inomhus	Utomhus	Hemmet	Särskilt boende	Daglig verksamhet
Skola	Förskola	Färdtjänst	Egen bil	Annat:
Finns förvaringsplats och laddningsmöjlighet för elrullstolen:				
Ja: Nej, kommentar				
Finns behov av bostadsanpassning?				
Nej Ja Ansökan om bostadsanpassning är gjord, ange datum:				
Beskriv inomhusmiljön (t ex kritiska mått, trösklar, dörrbredd, hissmått, bordshöjd, sänghöjd)				
Beskriv utomhusmiljön (t ex asfalt, backar, höga kanter, trafiksituation)				

Övriga kritiska mått eller övrig information att ta hänsyn till:
Inga övriga kritiska mått eller övrig information finns
Annan information/kritiska mått finns (fyll i nedan):