

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

Gånghjälpmedel
Träningshjälpmedel

Trehjulig cykel (endast till barn)
Annat, vad:

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

Kombikakod (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

Höftbredd	cm
Bålbredd	cm
Bålomkrets	cm
Underbenslängd	cm
Innerbenslängd	cm
Längd golv-armhåla	cm
Kroppslängd	cm
Kroppsvikt	kg

STATUS

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)			
Gång/förflyttningsförmåga (enligt GMFCS):			
Kommentar/övrigt:			
Behandling (Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittandet/gäendet, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv)			

ÖVRIGT GÄLLANDE STATUS

--

Initialer (Brukarnamn):

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

Har inget hjälpmedel av denna typ.			
Nuvarande hjälpmedel finns:			
Individnummer:	Modell:		
(Fylles i förekommande fall:)	Storlek:		
Nuvarande tillbehör till hjälpmedel			
Bälte/Sele	Nackstöd	Ryggstöd	Annat:
Hur ofta och hur länge använder brukaren sitt nuvarande gång/träningshjälpmedel?			
Anledning till ev. byte			

PROBLEMSTÄLLNING

--

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

--

FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

ANVÄNDNING, OMRÅDE/MILJÖ

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska stolen/elrullstolen fungera?				
Inomhus	Utomhus	Hemmet	Särskilt boende	Daglig verksamhet
Skola	Förskola	Färdtjänst	Egen bil	Annat:
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):

--