

KARTLEGGINGSSKJEMA FOR SITTEKLINIKKEN I OPPLAND BEHOV FOR OMFATTENDE SPESIALTILPASNING

Del 1: Fylles ut av ansvarlig fagperson i kommunen

Del 2: Fylles ut av lokal fysioterapeut

Husk: Henvisning med legeunderskrift til habiliterings-/rehabiliteringstjeneste må sendes inn i tillegg til kartleggingsskjemaet

DEL 1

Navn:		
Adresse:		
Postadresse:		
Kommune:	Født:	Tlf:
Pårørende eller verge/hjelpeverge: Tlf:		

Innbyggers kontaktperson i kommunen: Tlf:
Ergoterapeut i kommunen: Tlf:
Fysioterapeut i kommunen: Tlf:
Saksbehandler i 2.-linjetjenesten: Tlf:
Saksbehandler ved NAV hjelpemiddelsentral: Tlf:

Diagnose(r)
Kort funksjonsbeskrivelse (funksjonelle ferdigheter og hjelpebehov, samt forflytning)
Boform (type, tilgjengelighet og framkommelighet)

Beskrivelse av aktuell problematikk

Målsetting (Hvilke behov skal dekkes gjennom tilpassing av ny sitteenhet?)

Hvilke sittehjelpemidler har innbygger fra før? Hvilken type tilpasning, for eksempel puter, og hva slags spesialutstyr er det i disse stolene?

Aktuelt transportmiddel/egen bil (Beskriv forflytning til/fra, bruk av rullestol i bilen, spesialtilpasninger)

Er det montert rullestolfeste i den bilen som benyttes? I så fall, hvilken type?

Hvilke(t) bruksområde(r) skal de(n) omsøkte sitteenhet(er) ha?
(Inne, ute, i hvilke aktiviteter, varighet)

Behov for ekstrautstyr på sitteenheten og/eller understellet? (For eksempel bord, omgivelseskontroll, kommunikasjonsutstyr, ledsagerstyring)

Andre aktuelle opplysninger (Spesielle hensyn i forhold til bruk og bruksområde av sitteenhet slik som for eksempel hygiene og trykkavlastning)

Hvilke løsninger har vært prøvd tidligere? Når og med hvilken effekt?

Fylt ut av:


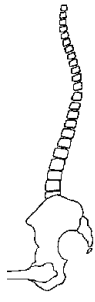
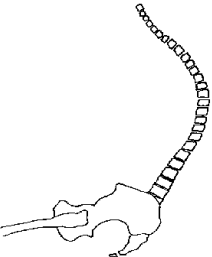
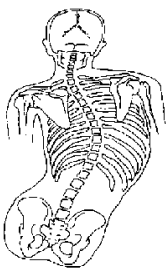

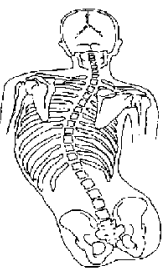





Navn:	Stilling:
Arbeidssted:	Tlf:
Sted/dato:	Signatur:

Til bruk for sitteklubben

DEL 2 KARTLEGGING AV ANATOMISKE FORHOLD OG MÅLSKJEMA

(Fylles ut av lokal fysioterapeut)

Navn:	Født:
-------	-------

Kryss av den som ligner mest	Kommentarer
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">Forovertippet bekken</div> <div style="text-align: center;">Nøytralt bekken</div> <div style="text-align: center;">Bakovertippet bekken</div> </div>	
<p>Scoliose/bekkenskjevhet</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div>	
<p>Benstilling</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="checkbox"/> </div> </div>	

Kartlegging anatomi

Beskrivelse av tonus (pareser, hypertoni, hypotoni, tonusveksling etc.)
Bevegelse i hofteldd (fleksjon, ekstensjon, ab- og adduksjon, inn- og utadrotasjon, ca. gradantall)
Hoftestilling (luxasjon, røntgenologiske funn)
Anatomisk benlengdeforskjell, legg og/eller lår
Bevegelse i knær
Fotstilling (inversjon, eversjon, spissfot)
Trykksår/trykkpunkter? Hvor?
Bolens stilling (gibbus, rotasjon, etc.)
Hodestilling
Skulderbue
Armstilling
Balanse i sittende på fast underlag
Behov for videre utredning? I så fall av hva?
Andre aktuelle opplysninger

Kartlegging – sitteenhet

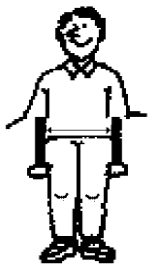
Setebredde:	Nå:	Behov:
Setedybde:	Nå:	Behov:
Spesialtilpasning (beskriv behov)		

Kjører selv	Ja	Med ben	Med armer	Med joystick
	Nei			

Innbyggers mål:

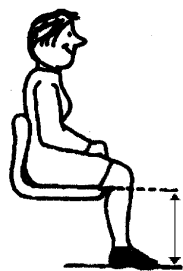
Høyde: _____ cm

Vekt: _____ kg



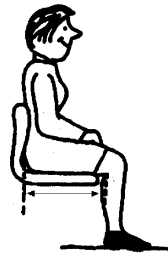
Sittebredde _____ cm

Måles i rett linje over den bredeste delen av hoften, i sittende stilling



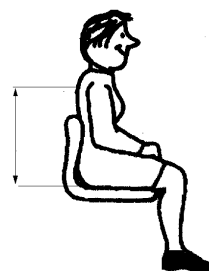
Legglengde _____ cm

Måles fra fotunderlaget til nedre side av låret, målt like bak kneet (måles med sko på)



Lårlengde _____ cm

Måles fra knehasen til bakerste punkt på bakenden



Rygg høyde _____ cm

Måles fra sitteflaten til høyeste skulder (acromion)

Fylt ut av:

Navn:	Dato:
Arbeidssted:	Tlf. arb: