

# Kartleggingskjema for vurdering av sittestilling i rullestol

Sitteklinikken i Rogaland

NAV Hjelpemiddelsentral Rogaland  
Postboks 260, Forus Vest, 4066 Stavanger



Side

1 av 4

## BRUKER

Brukers navn:	Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:	Telefon:
Postnr/sted:	E-post:
	Kommune:

## FORMIDLER

Fysioterapeut:	Telefon/e-post:
Ergoterapeut:	Telefon/e-post:
Habilitering / Rehabiliterings- tjeneste:	Telefon/e-post:
I kommunen (navn/stilling):	Telefon/e-post:
Andre (navn/stilling):	Telefon/e-post:

## KONTAKTPERSONER

Navn og underskrift:	Dato:
Arbeidssted:	Stilling:
Treffes enklest:	Telefon:
	E-post:

## MEDISINSKE OPPLYSNINGER

Diagnose, progresjon, aktuell behandling. (Operasjoner, medisiner, smerter, korsett, sår, inkontinens, osv.)

Brukers navn:

Fødselsnr. (11 siffer):

**ÅRSÅK TIL HENVISNING****BRUKERS BEHOV**

Hvilke behov ønskes løst? Aktiviteter, bruksområde, og målsetting med hjelpemidlene:  
(Hvilke aktiviteter skal stolen brukes til og hvor skal den brukes? Ved behov for manuell/elektrisk rullestol trenger vi kroppsmål i tillegg.)

Skal bruker sitte i rullestolen i bil?

**BRUKERS FUNKSJON**

Vanlig sittestilling:

Balanse sittende på benk:

Sitter uten støtte:

Sitter med støtte av hånd:

Kan ikke sitte uten støtte:

Beskrivelse av brukers posisjon i stolen:

Symmetri, vektfordeling, hodekontroll.


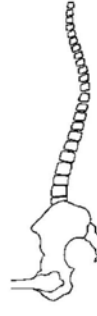
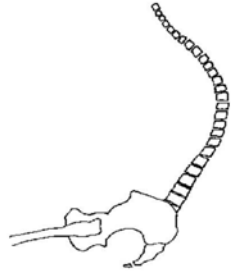








Feilstillinger:

Bekkenposisjon, bevegelighet hofter og knær, rygg.

Brukers navn:

Fødselsnr. (11 siffer):

**Kartlegging av anatomiske forhold**

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> <p style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>Forovertippet bekken</span> <span>Nøytralt bekken</span> <span>Bakovertippet bekken</span> </p>	
<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>	

Brukers navn:

Fødselsnr. (11 siffer):

**BRUKERS FUNKSJON (fortsetter)**

Hva kan bruker gjøre selv av forflytning og forandring av sittestilling?  
Hvor lenge sitter han/ hun i løpet av dagen, og i hvilke hjelpemidler?

Kommunikasjon (tale, bruk av alternativ kommunikasjon, osv.)

**ANDRE TILTAK**

Hvilke tiltak er prøvd for å løse problemet og hvilke andre tiltak er aktuelle (stoler og puter som er prøvd, sitteskall, osv.)

Har bruker individuell plan ? Hvis JA, hva er målsetting i forhold til sitting?

**FAGLIG BISTAND**

Hva ønskes det hjelp til fra sitteklubben:

**UNDERSKRIFT**

Ved faglig bistand til utredning og utprøving hos Hjelpemiddelsentralen, samarbeides det ofte med andre offentlige

Jeg gir herved mitt samtykke til at det samarbeides med andre institusjoner og firmaer i denne saken.

Sted og dato:

Brukers underskrift: