# Konsultationsunderlag sittande

Datum:

Förskrivarens namn/titel:

Arbetsordernummer:

(anges alltid då underlaget skickas via mail eller brev)

Person konsultationen gäller:

(namn eller initialer)

Ärendet är \_\_\_ akut \_\_\_ej akut

Anledning till konsultationen/problemställning:

Diagnos och funktionsnedsättning (motorik, kognition, syn, hörsel etc.):

Aktuella hjälpmedel för sittande och hur de används:

(även eventuell protes, ortos, korsett)

Tidigare provade hjälpmedel och hur de fungerat:

Hjälpmedel som önskas prova och/eller anpassa:

(i förekommande fall komplettera med ansökan om särskilt hjälpmedelsbeslut eller beredningsunderlag för lån av elrullstol)

Hjälpmedlet ska användas:

\_\_\_inomhus \_\_\_utomhus \_\_\_i egen bil \_\_\_färdtjänst Annat:

Beskriv miljö:

Målsättning för konsultationen/önskad förbättring:

(avseende positionering, ADL, förflyttning, smärta, kommunikation etc.)

Behov av utrustning vid besök:

(t.ex. lyft, säng)

Planerad behandling som påverkar sittande:

(t. ex spasticitetsmedicin, operation)

Övrig information av vikt för Hjälpmedelscentralen:

(t.ex. behov av tolk, risk för smitta)

**MÅTT**



Rygghöjd (A)\_\_\_\_ cm

Sittdjup (B)\_\_\_\_ cm

U-benslängd (C)\_\_\_\_ cm

Sittbredd (D) \_\_\_\_cm

Rygghöjd (E)\_\_\_\_ cm

Bålbredd (F) \_\_\_\_cm

Övrigt, t.ex. benlängdsskillnad:

Kroppsvikt \_\_\_\_kg

Kroppslängd \_\_\_\_ cm

**STATUS** (markera med x)

**Förflyttar sig:**

\_\_\_manuell drivning \_\_\_sparkar sig fram \_\_\_eldrift Annat:

**Överflyttning sker:**

\_\_\_självständigt \_\_\_assisterad \_\_\_med lyft Annat:

**Sittförmåga och kroppskontroll:**

Sittpositionen är:

\_\_\_ symmetrisk \_\_\_ asymmetrisk

\_\_\_statisk \_\_\_rörlig

\_\_\_Sitter utan stöd på plant underlag

\_\_\_Sitter med stöd av händer eller lågt ryggstöd

\_\_\_Saknar helt förmåga att sitta utan yttre stöd

\_\_\_god huvudkontroll

\_\_\_nedsatt huvudkontroll

\_\_\_saknar huvudkontroll

\_\_\_kan ändra sittställning själv.

\_\_\_kan ej ändra sittställning själv

Beskriv hur personen alternerar sittställning samt hur lång tid hjälpmedlet används dagligen:

**Bäckenposition:**

Sagitalplan: \_\_\_bakåttippat \_\_\_framåttippat \_\_\_\_neutralt/upprätt

Frontalplan:\_\_\_sidotippat hö \_\_\_sidotippat vä \_\_\_neutralt i sidled

Transversalplan:\_\_\_roterat höger fram \_\_\_ vänster fram \_\_\_neutralt

**Beskriv eventuell rygg- nackdeformitet eller kryssa nedan:**

**Ryggens position:**

\_\_\_asymmetrisk S-form \_\_\_asymmetrisk C-form \_\_\_symmetrisk

\_\_\_windswept position \_\_\_ rotation i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_hyperlordos i ländrygg \_\_\_accentuerad bröstryggskyfos

\_\_\_asymmetrisk huvudposition \_\_\_\_symmetrisk huvudposition

Deformiteten är \_\_\_rörlig \_\_\_delvis rörlig \_\_\_rigid

**Nedre extremitet:**

Höger höft kan flekteras till \_\_\_\_grader i sittande.

Vänster höft kan flekteras till \_\_\_\_grader i sittande.

Stramhet i hamstrings påverkar sittpositionen \_\_\_höger \_\_\_vänster

Stramhet i adduktorer och inåtrotatorer påverkar \_\_\_höger \_\_\_vänster

Övrig information om funktion i nedre extremitet (kontraktur, spetsfot etc):

**Neurologisk påverkan:**

(Beskriv påverkan av spasticitet, sensibilitet, reflexer, balans etc.)

Beskriv eventuell förekomst av smärta och trycksår:

Övriga upplysningar:

Foton bifogas: \_\_\_\_ja \_\_\_\_nej