

# BILAGA sittanalys

 ADL Rullstol manuell Rullstol eldriven

**OBS! Fyll även i konsultationsblanketten för respektive sortiment. Denna blankett bifogas huvudkonsultationen.**

## FÖRSKRIVARE

## PATIENT

Namn	Personnummer
------	--------------

### PATIENTEN

**Tonus**  
 Normal     Hypoton, ange var: \_\_\_\_\_ |  Hyperton, ange var: \_\_\_\_\_




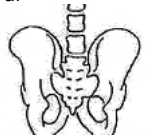

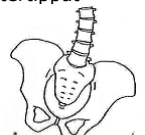
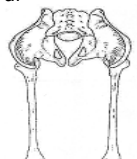


**Sensibilitet.** Finns sensibilitetsbortfall?  
 Nej     Ja, ange var: \_\_\_\_\_

**Smärta.** Har patienten smärta?  
 Nej     Ja, ange var: \_\_\_\_\_

**Trycksår.** Har patienten trycksår?  
 Nej     Ja, ange var: \_\_\_\_\_

**Behandling.** Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittande, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv

**Sittförmåga. Patienten sittande på fast underlag med stöd för fötterna**  
 Utan stöd     Handstöd     Totalstöd  
 Kan sitta på plant underlag utan ryggstöd och med händerna fria    Sitter själv men behöver ta stöd med sina händer mot underlaget    Behöver stöd av annan person för att kunna sitta på t.ex. en brits

<b>Bäckenet sett från sidan</b> <input type="checkbox"/> Neutral  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat			<input type="checkbox"/> Bakåttippat  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> Framåttippat  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<b>Rygg</b> enkel skiss, tex C eller S-form ange vy t.ex. framifrån, bakifrån eller från sidan.
<b>Sett framifrån</b> <input type="checkbox"/> Neutral  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat			<input type="checkbox"/> Högertippat  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> Vänstertippat  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	
<b>Sett ovanifrån</b> <input type="checkbox"/> Neutral  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat			<input type="checkbox"/> Bakåtroterat åt höger  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> Bakåtroterat åt vänster  <input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	

### Höft-knä-och fotleder

Har patienten rörlighet att i sittande:

	Höger		Vänster		Kommentar
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Uppnå 90° i höftleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Abducera i höftleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Adducera i höftleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Uppnå 90° i knäleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Uppnå 90° i fotleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### Fotledsortoser/ortoser

Använder patienten fotledsortoser/ortoser  
 Nej     Ja

### Korsett

Använder patienten korsett  
 Nej     Ja, typ av korsett \_\_\_\_\_

### Tidigare sittanpassning

Hur har den fungerat