

Ange motivering till dubbelföreskrivning under rubriken Övrigt (sid. 2)

Kombinerad elrullstol ska provas i första hand.

Sittproblematik föreligger om patienten exempelvis inte får tillräckligt med stöd i sittande, får sittsår av sittande i elrullstolen eller dylikt.

Konsultation

- Elrullstol manuell styrning
 Behov av två elrullstolar
 Dyna/sits

- Elrullstol motoriserad styrning
 Byte av elrullstol
 Övrigt, ange vad:

- Elrullstol vårdarmanövrerad
 Bälte/sele

Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med "bilaga sittanalys".

Bifogar bilaga

Förskrivare		Patient	
Kombikakod		Personnummer	
Namn		Namn	
Telefon - Ej växelnummer	<input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SK		
E-post			
Arbetsplats		Ev	Telefon - Helst mobiltelefon

Ange ett telefonnummer som vi kan nå dig på!

Effekt/nytta, angelägenhet och konsekvens ska (som lägst) bedömas som stor (3) och frekvens som ofta (3).

Vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/

Frekvens x Effekt/nytta = Resultat
T ex. 3x3=9

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:

Frekvens: _____ Effekt/Nytta: _____ Resultat: _____

Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:

Förflytta sig, steg 3. I bostaden. Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. Förflytta sig, steg 5. Promenader

Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)

- Elrullstol kan förskrivas till person med *bestående och betydande förflyttningssvårigheter*.
- *Viss gångförmåga får förekomma* men den ska vara starkt reducerad.
- Elrullstol förskrivas om inte övriga förflyttningshjälpmedel, som t ex manuell rullstol täcker behovet av förflyttning.
- Den ska *ersätta gångförmågan*, inte cykel/moped, bil eller kollektivtrafik och ska på ett påtagligt sätt öka individens möjlighet till självständighet i det dagliga livet.

Problemställning

Hur svårt är det att utföra aktiviteten/vara delaktig/utföra denna rörelse idag?

Målsättning

Nytta/Konsekvens

- Hur mycket lättare blir det för patienten att utföra aktiviteten?
- Hur påverkas patienten om hen inte får hjälpmedlet?

Överflyttning till/från rullstol/stol

utan assistans med assistans med lyft annat:

Användningsområde:

Enbart inne Mest inne/Lite ute Mest ute/Lite inne Enbart ute

Eget boende Korttidsboende Förskola

Boende med särskild service enligt LSS Daglig verksamhet enligt LSS Skola

Särskilt boende för äldre Dagverksamhet för äldre Rh-klass/särskolegrupp

Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel

Ja Nej

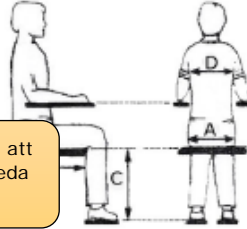
Om ja, hur har det fungerat?

Patientens personnummer:

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av blanketten

Mått

Sittbredd (A)	_____	cm
Sittdjup (B) hö/vä	_____	cm
Underbenslängd (C)	_____	cm
Bålbredd (D)	_____	
Kroppsvikt	_____	
Kroppslängd	_____	



Ange mått så att vi kan förbereda en elrullstol.

Nuvarande elrullstol

Modell:

Fylls i om patienten har en elrullstol.

Registreringsnummer:

Hur lång tid sitter brukaren i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

- Rymligt/trångt?
- Kuperat?
- Asfalt/grus?

Utomhus:

Ange andra mått att ta hänsyn till så som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/förflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad?

Ja

Nej

Kommentar:

Ska förvaras inomhus, vid minst +5°, i låst utrymme.

Trolig modell av elektrisk rullstol

Manuell styrning/styre

Joysticksstyrning

Kallas även motoriserad styrning.

Styrsätt på rullstolen

Reglage höger

Reglage vänster

Vårdarstyrning

Alternativt styrsätt (knappar, mittstyrning m.m.)

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

Eget boende, körs av närstående

Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 tim per vecka från Försäkringskassan)

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt styrd elrullstol)

För hemtjänstpersonal utgår en hyresavgift.

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt:

Ange här om det finns något som vi bör veta innan besöket.

Ange motivering till eventuell dubbelförskrivning här.

Fylls i av Hjälpmedel Stockholm.

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

Scannad

Ankomstregistrerad

Datum:

Signatur: