

Konsultationen gäller:

Förskrivar-ID (webSESAM anv. namn)

Förskrivarens namn

Arbetsordernummer
(obligatoriskt vid brev och mail)

Datum

Betalarnummer
(kostnadsställe obligatoriskt)

Syfte med konsultationen

Om annan plats, ange var

Syfte

Var

Konsultationsfråga

Mål med åtgärd

Information av värde för konsultationen

Risk för smitta	Nej	Ja	Kommentar
-----------------	-----	----	-----------

Allergi av betydelse	Nej	Ja	Kommentar
----------------------	-----	----	-----------

Behov av utrustning vid besök	Nej	Ja	Kommentar
-------------------------------	-----	----	-----------

Tolk medverkar (förskrivare bokar)	Nej	Ja	Kommentar
------------------------------------	-----	----	-----------

Övrigt, kommentar	Typ av tolk, plats, språk m.m.		
-------------------	--------------------------------	--	--

Utredning kroppsfunktion

Hälsotillstånd

Synnedläggning	Nej	Ja	Kommentar
----------------	-----	----	-----------

Hörselnedläggning	Nej	Ja	Kommentar
-------------------	-----	----	-----------

Sensibilitetsproblem	Nej	Ja	Kommentar
----------------------	-----	----	-----------

Smärta	Nej	Ja	Kommentar
--------	-----	----	-----------

Tonusproblematik	Nej	Ja	Kommentar
------------------	-----	----	-----------

Utredning aktivitet/delaktighet – kommunikation

Hur kommunicerar patienten?

Tal

Ljud

Gester/mimik/pekning

Annat *(skriv kommentar)*

Kommentar *(hjälpmedel m.m.)*

Röst- och talfunktion *(kvalitet, styrka, tydlighet m.m.)*

Språkfunktion *(språkförståelse, annat språk, AKK m.m.)*

Kognitiv förmåga *(inlärningsförmåga, initiativförmåga, symbolförståelse m.m.)*

Övrigt, kommentar

Utredning aktivitet/delaktighet – kognition

Hur strukturerar/planerar patienten sin vardag?

Självständigt

Med hjälp av annan

Kommentar

Tidsupplevelse *(svårigheter att bedöma hur lång tid en aktivitet kommer att pågå m.m.)*

Tidsorientering *(svårigheter veta klockslag, datum m.m.)*

Tidsplanering *(svårigheter att planera kortsiktigt, långsiktigt m.m.)*

Övrigt, kommentar

Utredning aktivitet/delaktighet – motorik

Hur förflyttar sig patienten?

Självständigt

Med hjälpmedel, ange vilket

Hur gör patienten överflyttningar?

Självständigt

Med hjälp av annan

Med hjälpmedel, ange vilket

Kommentar *(övrigt av värde, exempelvis bålstabilitet)*

Handmotorik

Kommentar (svårigheter att gripa, släppa, koordinera m.m.)

Kan styra med

Höger hand

Vänster hand

Huvud/nacke

Annat (skriv kommentar)

Faktorer som kan påverka ögonstyrning (skelning, dubbelseende, ögonlapp, brytningsfel m.m.)

Kan använda (penna, datormus, tangentbord, fokusskärm etc.)

Övrigt kommentar

Utredning omgivning

Användningsområde

Inne

Ute

Arbete/skola/annat

Beskriv miljön och särskilda mått att ta hänsyn till

(Särskilda omständigheter som behöver tas hänsyn till, avstånd för larm m.m.)

Nuvarande hjälpmedel

(relevanta för utprovningen)

Vad har provats tidigare kring detta problem?

(hjälpmedel, andra åtgärder, specialanpassning)

Vilken teknisk utrustning används av patienten idag?

(stationär, storlek på skärm, operativsystem)

Dator

Inte aktuellt

Modell

Smartphone

Inte aktuellt

Märke

Surfplatta

Inte aktuellt

Märke

Vilken typ av personlig hjälp finns?

(personlig assistent, omvårdnadspersonal, närstående m.m.)

Övrigt, kommentar