

## 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

|                |     |    |           |
|----------------|-----|----|-----------|
| Synnedsättning | Nej | Ja | Kommentar |
|----------------|-----|----|-----------|

|                   |     |    |           |
|-------------------|-----|----|-----------|
| Hörselnedsättning | Nej | Ja | Kommentar |
|-------------------|-----|----|-----------|

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

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

|                 |     |    |           |
|-----------------|-----|----|-----------|
| Tryckmärken/sår | Nej | Ja | Kommentar |
|-----------------|-----|----|-----------|

|                |     |    |           |
|----------------|-----|----|-----------|
| Nedsatt balans | Nej | Ja | Kommentar |
|----------------|-----|----|-----------|

|                       |     |    |           |
|-----------------------|-----|----|-----------|
| Nedsatt huvudkontroll | Nej | Ja | Kommentar |
|-----------------------|-----|----|-----------|

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

Övrigt, kommentar (t.ex. svaghet, inkontinensproblematik, syresättning, restriktioner)

## Utredning kroppsstruktur

### Finns felställning i ryggrad?

Nej      Scolios      Ökad/minskad kyfos      Ökad/minskad lordos

Kommentar

### Finns felställning i höftled?

Nej      Hö      Vä

### Finns felställning i knäled?

Nej      Hö      Vä

### Finns felställning i fotled?

Nej      Hö      Vä

Övrigt, kommentar (t.ex. amputation, protes, luxation, ortros)

---

## Patientens mått (ej hjälpmedlets mått, notera ev benlängdsskillnad)

Längd      cm      Vikt      kg

A) Rygghöjd, cm  
Scapulas nedre kant

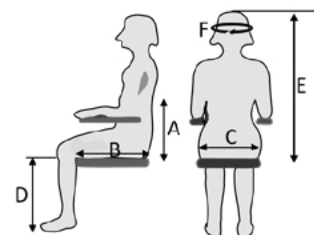
B) Sittdjup, cm

C) Höftbredd, cm

D) Underbenslängd, cm

E) Längd överkropp, cm  
svanskota–huvud

F) Huvudomfång, cm



---

## Utredning aktivitet/delaktighet

### Hur kommunicerar patienten?

Tal      Annat      Kommentar

### Gångförmåga

Ingen      Förmåga att stödja på benen      Utan hjälpmedel      Med hjälpmedel, ange vilket

### Hur gör patienten överflyttningar?

Självständigt      Med hjälp av annan      Med hjälpmedel, ange vilket

### Handmotorik

Kan gripa:      Hö      Vä      Kan släppa:      Hö      Vä      Saknar funktionellt grepp:      Hö      Vä

Övrigt, kommentar

## Utredning omgivning

### Användningsområde

Inne

Ute

Transport i bil

Förvaring/ladduttag finns

### Beskriv miljön och särskilda mått att ta hänsyn till

*t.ex. nivåskillnader*

### Nuvarande hjälpmedel

*(relevanta för utprovningen)*

### Vad har provats tidigare kring detta problem?

*(hjälpmedel, andra åtgärder, specialanpassning)*

### Vilken typ av personlig hjälp finns?

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

### Övrigt, kommentar