

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 kroppsfunction

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

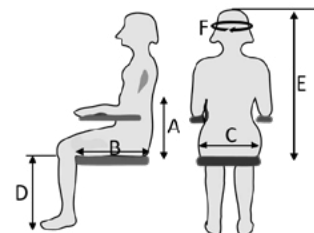
B) Sittdjup, cm

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