

Återkoppling från Fysioterapeut till Hälsnemottagningen vid akut hälseneruptur

Patientens namn: Födelsedata:

Skadedatum: Ev. Operationsdatum:

Hälsnemottagning den:

Datum då rapporten fylls i:

Skadad sida (ringa in) Höger Vänster

1. Hur många besök har patienten gjort hos fysioterapeut?

Hur många avbokningar?

2. Typ av fysisk träning utöver fysioterapi:

3. Gånghjälpmedel:

4. Gångmönster:

.....
.....

Kryssa i det som bäst stämmer in för din patient

5. Eventuella avvikelser från förväntat rehabförlopp

Patienten har haft onormalt hög smärta

Under stående och gående har patienten haft svårt att ta belastning

 Patienten har haft kraftig svullnad

I vaden

Runt ankel och fot

Patienten har haft ett mindre, plötsligt trauma såsom ramlat/ satt i foten för kraftigt/ trampat i för kraftigt vid trottoarkant

6. Eventuella avvikelser från patientens förväntade compliance (närvaro, förmåga att följa instruktioner etc)

- Optimal compliance
- För låg compliance
- För intensiv aktivitetsnivå

7. Aktiviteter som patienten anger ger smärta under aktivitet eller värk efter aktivitet

.....
.....

8. **ATRA** Höger° Vänster°

★ Be patienten fylla i **ATRS** (om möjligt ska patienten fylla i mindre än en vecka före återbesök till läkaren)

Fritext, några meningar med väsentlig information om aktuell funktion t ex vad patienten uppnått och vilka förväntningarna patienten har

.....
.....
.....

Kontaktuppgifter till behandlande fysioterapeut:

Namn:.....

Mottagningens namn:.....

Telefontid, där vi kan nå dig dagtid:.....

Ev. mail:.....