

Sittproblematik - Bilaga till "Underlag för utprovningstöd"

Denna bilaga mailas till hmv.blankett@vll.se. **Obs!** bifogas INTE via order i webbsesam. Innan detta formulär skickas in behöver en arbetsorder - utprovningstöd ha registrerats i webSesam samt skickat in webblanketten underlag för utprovningstöd

Arbetsordernummer – Utprovningstöd

Brukarens initialer:

Förskrivare

Namn

E-post

Telefon/mobiltelefon

Tidigare kontakt med hjälpmedelskonsulent? (vem)

Medicinska uppgifter (GMFCS-nivå, spasticitet, sensibilitet mm):

Aktuellt hjälpmedel som ska sattanpassas, ange även individnummer:

Brukarens position i rullstolen + eventuella felställningar (huvud, skuldror, armar, bål, bäcken, höfter/ben, fötter):

	Vänster		Höger	
	U a	Inskränkt	U a	Inskränkt
Ledrörlighet				
Höftled				
Knäled				
Fotled				

Använder brukaren korsett: Ja Nej

Har brukaren trycksår: Ja Nej

Om ja, var har brukaren trycksår:

Har brukaren smärta: Ja Nej

Om ja, var har brukaren smärta:

Hur många timmar per dag sitter brukaren i rullstolen:

Förflyttar sig brukaren självständigt med hjälp av rullstolen: Ja Nej

Kan brukaren korrigera sin sittställning själv Ja Nej

Hur överflyttas brukaren till/från rullstolen:

Behandling (nuvarande, planerad) som kan påverka sittandet:

Övrigt: