**Sittproblematik - bilaga till ”Underlag för utprovningsstöd”**

1. Registrera en Arbetsorder – utprovningsstöd i webSesam och ha AO-numret till hands.

2. Fyll i webblanketten [Underlag för utprovningsstöd](https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/behandlingsstod-och-vardriktlinjer/hjalpmedel/blankettstallet/underlag-for-utprovningsstod).

3. Skicka denna bilaga via e-post till [hmv.blankett@regionvasterbotten.se](mailto:hmv.blankett@regionvasterbotten.se).  
 Bifoga den **inte** via order i webSesam!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbetsordernummer – Utprovningsstöd** |  | **Brukarens initialer:** |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |  | Klicka eller tryck här för att ange text. |

**Förskrivare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn** |  | **E-post** |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |  | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Telefon/mobiltelefon** |  | **Tidigare kontakt med hjälpmedelskonsulent? (vem)** |
|  |  | Klicka eller tryck här för att ange text. |

**Medicinska uppgifter** (GMFCS-nivå, spacticitet, sensibilitet m.m.)**:**

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

**Aktuellt hjälpmedel som ska sittanpassas – ange även individnummer:**

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

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

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

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

Använder brukaren korsett:  Ja  Nej

Har brukaren trycksår:  Ja  Nej

Om ja, var har brukaren trycksår:

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

Har brukaren smärta:  Ja  Nej

Om ja, var har brukaren smärta:

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

Hur många timmar per dag sitter brukaren i rullstolen:

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

Förflyttar sig brukaren självständigt med hjälp av rullstolen:  Ja  Nej

Kan brukaren korrigera sin sittställning själv:  Ja  Nej

Hur överflyttas brukaren till/från rullstolen:

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

Behandling (nuvarande, planerad) som kan påverka sittandet:

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |

Övrigt:

|  |
| --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. |