



## Hmc: Checklista eldriven rullstol

Kontaktuppgifter Hjälpmiddelscentrum, se [www.1177.se](http://www.1177.se)

### Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								Förskrivarens namn
E-post	Direktnummer (ej via växel)							
Kontakt med konsulent <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Namn:	Datum							

### Medicinskt ansvarigt team

Arbetsterapeut	Fysioterapeut/sjukgymnast
Läkare	

### Information om brukaren

Hälsa- och sjukdomshistoria	
Socialt	
Aktuell problemställning	
Mål med hjälpmedlet	
Brukarens prioriteringar	
Nuvarande elrullstol, tillbehör, specialanpassningar, sittdyna	
Övriga relevanta hjälpmedel för utprovningen av elrullstol	
Har brukaren tidigare haft elrullstol? Ja      Nej	
Om ja, vilken modell? Tillbehör, specialanpassningar, sittdyna?	När och varför återlämnades den?

### Aktivitet och delaktighet

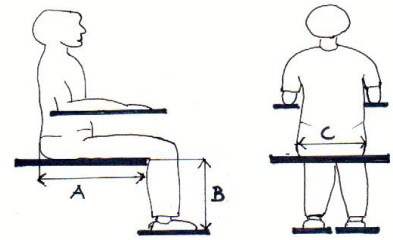
Överflyttning: <input type="checkbox"/> självständigt <input type="checkbox"/> med hjälp av annan person <input type="checkbox"/> med hjälpmedel Beskriv hur
I vilken miljö ska hjälpmedlet användas <input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Inne+ute <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/> Stad <input type="checkbox"/> Terräng  Hiss/ramp/lyftplatta, grus, gräs, asfalt, backig miljö, trottoarer, körsträcka, årstid
Byter brukaren position under dagen till annat sittande/liggande/stående? Tänk i ett 24-timmars perspektiv. Beskriv till vad.
Finns krav att brukaren skall kunna transportera den eldrivna rullstolen i bil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns krav att brukaren skall kunna sitta kvar i densamma vid färd i bil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hustyp <input type="checkbox"/> Villa <input type="checkbox"/> Lägenhet
Kommer bostadsanpassning att behövas med tanke på den eldrivna rullstolen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Förvarings- och laddningsutrymme
Skötselansvarig
Av medicinska eller miljömässiga skäl önskas utprovning i hemmet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Funktionsutredning

Sensibilitet
Smärta
Trycksår
Bålbalans
Arm-/handfunktion
Kommunikation/kognition
Övrigt, t.ex. allergi, inkontinens, korsett



Brukarens lårbenslängd/sittdjup A Vä Hö	
Underbenslängd B Vä Hö	
Sittbredd C	Bålbredd under armhålan
Rygglängd: sits till C7 sits till axill sits till scapulaspets	total kroppslängd brukarens vikt



### Manöverenhet/styrreglage

Styre/scooter	<input type="checkbox"/> Reglage Höger	<input type="checkbox"/> Reglage vänster	Annat
Joystick	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	Annat
Alternativ styrning (t.ex. hakstyrning, mittstyrning)			
Vårdarstyrning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Övrigt			

### Sittenhet

Armstöd	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Höj & sänkbara	<input type="checkbox"/> Uppfällbara
Benstöd	<input type="checkbox"/> Standard		
Fotplatta	<input type="checkbox"/> Delad	<input type="checkbox"/> Hel	<input type="checkbox"/> Uppfällbara

### Sits

<input type="checkbox"/> Sitslyft	<input type="checkbox"/> Sitsilt	<input type="checkbox"/> Sittdyna special	
Rygg	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Manuellt justerbar	<input type="checkbox"/> Ryggdynaspecial
Armstöd Special, ange önskad funktion			
Benstöd	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Man. vinkelställbar	

### Tillbehör

<input type="checkbox"/> Nackstöd	<input type="checkbox"/> Bälte	<input type="checkbox"/> Bålstöd	<input type="checkbox"/> Sele	<input type="checkbox"/> Rollatorhållare	<input type="checkbox"/> Kryckkåpphållare
Övrigt					



### Övriga upplysningar

T.ex. speciella krav på sittenhetsen som är av betydelse vid t.ex. specialsits eller ståfunktion

### Vid fördjupad bedömning använd, sittbedömning på nästa sida Sittbedömning

#### Klassificering av sittställningen (enl. Hoffer M.M)

Brukare sittande på plan brits med fötterna i golvet

- Handfri sittare (kan sitta längre stunder utan att använda händerna för att stödja sig)  
 Handberoende sittare (en eller båda händerna används för att ge stöd för att sitta)  
 Oförmögen sittare (saknar all förmåga att sitta utan yttre hjälp)

#### Rygg och huvud

Scolios:  nej  ja  högerkonvex  vänsterkonvex  s-formad  flexibel  fixerad  
Ländlordos  normal  ökad  utplanad  flexibel  fixerad  
Bröstklyfos  normal  ökad  utplanad  flexibel  fixerad  
Halslordos  normal  ökad  utplanad  flexibel  fixerad  
Huvudkontroll

#### Bäckenposition

Sett från sidan

- neutralt  bakåt tippat  framåttippad  flexibel  fixerad

#### Sett framifrån/skevhet

- neutralt  sidotippat  vä (längst ner)  hö (längst ner)  flexibel  fixerad

#### Sett uppifrån/rotation

- neutralt  roterad  vä (längst fram)  hö (längst fram)  flexibel  fixerad

#### Höft- knä- fotleder, flexion i sittande

Uppnä 90° i höftled	höger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Uppnä 90° i knäled	höger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Uppnä 90° i fotled	höger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Abducera i höftled	höger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Adducera i höftled	höger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Strama Hamstring	höger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej

Övriga kommentarer

**För vuxna:** denna sida fylls i av ansvarig läkare alt. förskrivare.

**För barn och ungdom:** denna sida fylls i av ansvarig läkare i samråd med förskrivare

Brukarens namn	Brukarens personnummer
Diagnos	
Prognos	

**Faktorer som kan påverka förmågan att framföra eldriven rullstol**

Syn	
Hörsel	
Omdöme	
Reaktion	
Perception	
Neglect	
Koncentrationsförmåga	
Psykisk status	
Medicinering	
Alkoholvanor, övriga droger	
Övrigt	
Brukarens vikt	Brukarens längd

Datum	Namnunderskrift
Ort	Namnförtydligande