Region Halland
Hjälpmedelscentrum

Hmc: Checklista eldriven rullstol

Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod ☐☐☐☐☐☐☐	Förskrivarens namn
E-post	Direktnummer (ej via växel)
Kontakt med konsulent ☐ Ja ☐ Nej Namn:	Datum

Medicinskt ansvarigt team

Arbetsterapeut	Fysioterapeut/sjukgymnast
Läkare	

Information om brukaren

Hälso- 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?

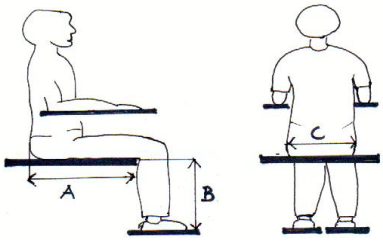
Aktivitet och delaktighet

Överflyttning: ☐ självständigt ☐ med hjälp av annan person ☐ med hjälpmedel Beskriv hur
I vilken miljö ska hjälpmedlet användas ☐ Inomhus ☐ Inne+ute ☐ Ute ☐ Stad ☐ 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? ☐ Ja ☐ Nej
Finns krav att brukaren skall kunna sitta kvar i densamma vid färd i bil? ☐ Ja ☐ Nej
Hustyp ☐ Villa ☐ Lägenhet
Kommer bostadsanpassning att behövas med tanke på den eldrivna rullstolen? ☐ Ja ☐ Nej
Förvarings- och laddningsutrymme
Skötselansvarig
Av medicinska eller miljömässiga skäl önskas utprovning i hemmet ☐ Ja ☐ 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	☐ Reglage Höger	☐ Reglage vänster	Annat
Joystick	☐ Höger	☐ Vänster	Annat
Alternativ styrning (t.ex. hakstyrning, mittstyrning)			
Vårdarstyrning ☐ Ja	☐ Nej		
Övrigt			

Sittenhet

Armstöd	☐ Standard	☐ Höj & sänkbara	☐ Uppfällbara
Benstöd	☐ Standard		
Fotplatta	☐ Delad	☐ Hel	☐ Uppfällbara

Sits

☐ Sitslyft ☐ Sitstilt ☐ Sittdyna special

Rygg ☐ El ☐ Manuellt justerbar ☐ Ryggdynaspecial

Armstöd Special, ange önskad funktion

Benstöd ☐ El ☐ Man. vinkelställbar

Tillbehör

☐ Nackstöd ☐ Bälte ☐ Bålstöd ☐ Sele ☐ Rollatorhållare ☐ Kryckkäpphållare

Övrigt

Övriga upplysningar

T.ex. speciella krav på sittenheten 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
Bröstkyfos ☐ 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

Uppnå 90º i höftled	höger	☐ ja	☐ nej	vänster	☐ ja	☐ nej
Uppnå 90º i knäled	höger	☐ ja	☐ nej	vänster	☐ ja	☐ nej
Uppnå 90º i fotled	höger	☐ ja	☐ nej	vänster	☐ ja	☐ nej
Abducera i höftled	höger	☐ ja	☐ nej	vänster	☐ ja	☐ nej
Adducera i höftled	höger	☐ ja	☐ nej	vänster	☐ ja	☐ nej
Strama Hamstring	höger	☐ ja	☐ nej	vänster	☐ ja	☐ 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
Påverkar brukarens totala medicinska status förmågan att framföra eldriven rullstol? Ja ☐ Nej ☐	

Datum	Namnunderskrift
Ort	Namnförtydligande