

## Hmc: Checklista utprovning av hygienstol

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

### Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								Förskrivarens namn
E-post	Direktnummer (ej via växel)							
Kontakt med konsulent Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Namn:	Datum							

### Information om brukaren

Hälsa- och sjukdomshistoria
Socialt
Aktuell problemställning
Mål med hjälpmedlet
Brukarens prioriteringar

Har brukaren tidigare haft hygienhjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken modell? Tillbehör, specialanpassningar, sittdyna?	När och varför återlämnades den?

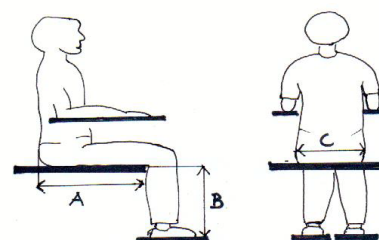
**Aktivitet och delaktighet**

Överflyttning: <input type="checkbox"/> självständigt <input type="checkbox"/> med hjälp av annan person <input type="checkbox"/> med hjälpmedel Beskriv hur
Ska brukaren köra själv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
I vilka situationer skall hygienstolen användas? <input type="checkbox"/> Toalettbesök <input type="checkbox"/> Dusch <input type="checkbox"/> Övre hygien
Hur länge används hygienstolen åt gången?
Byter brukaren position under dagen till annat sittande/liggande/stående? Beskriv, tänk i ett 24-timmars perspektiv.

**Funktionsutredning**

Tonus
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



Vid fördjupad bedömning använd, Sittbedömning sid 3

## 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  bakåttippat  framåttippat  flexibelt  fixerat

### Sett framifrån/skevhet

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

### Sett uppifrån/rotation

- neutralt  roterat  vä (längst fram)  hö (längst fram)  flexibelt  fixerat

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

Uppnå 90° i höftled	höger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Uppnå 90° i knäled	höger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	vänster	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Uppnå 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