

## Checklista utprovning av hygienstol

### Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod	Förskrivarens namn								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
E-post	Direktnummer (ej via växel)								

Haft kontakt med konsulent <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Namn:	Datum
---	-------

### Information om brukaren

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

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

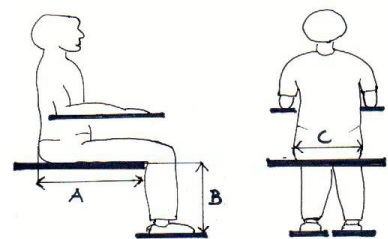
**Aktivitet och delaktighet**

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	
Brukarens underbenslängd B Vä Hö	
Brukarens 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  
 Bröstkryfos  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