

## Hmc: Checklista eldriven rullstol

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

### Fylls i av förskrivare

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| Förskrivarkod<br>□ □ □ □ □ □ □ □ | Förskrivarens namn |
| E-post                           | Telefonnummer      |

### Medicinskt ansvarigt team

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Arbetsterapeut | Sjukgymnast/fysioterapeut |
| Läkare         |                           |

Av medicinska eller miljömässiga skäl önskas utprovning i hemmet  Ja

Har brukaren tidigare haft eldriven rullstol?

Ja  Nej

|                       |                                  |
|-----------------------|----------------------------------|
| Om ja, vilken modell? | När och varför återlämnades den? |
|-----------------------|----------------------------------|

### Information om brukaren

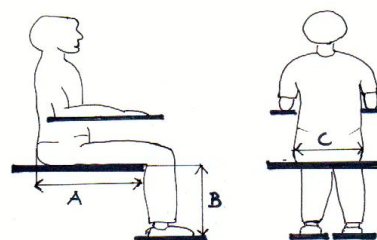
|   |
|---|
| Målsättning med den eldrivna rullstolen   |
| Aktivitet, nuvarande förflytnings- och överflytningsätt   |
| Funktionsnedsättning (motorik, rörelseinskränkningar, koordination, styrka, felställningar, spasticitet, tremor etc.) |
| Brukarens vikt:   |

**Den eldrivna rullstolens användningsområde**

|   |  |                               |   |
|---|--|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ute  | <input type="checkbox"/> Ute + begr.inne | <input type="checkbox"/> Inne | <input type="checkbox"/> Inne + begr. ute |
| Användarmiljö (hiss/ramp/lyftplatta, grus, gräs, asfalt, backig miljö, trottoarer, körsträcka, årstid)                                      |  |                               |   |
| Finns krav att brukaren skall kunna transportera den eldrivna rullstolen i bil?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |  |                               |   |
| Finns krav att brukaren skall kunna sitta kvar i densamma vid färd i bil?<br><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?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej      |  |                               |   |
| Förvarings- och laddningsutrymme  |  |                               |   |
| Skötselansvarig   |  |                               |   |

|   |  |  |                                |
|---|--|--|--------------------------------|
| <b>Manöverenhet/styrreglage</b>                       |  |  |                                |
| Styre/scooter   | <input type="checkbox"/> Reglage Höger | <input type="checkbox"/> Reglage vänster | <input type="checkbox"/> Annat |
| .....   |  |  |                                |
| Joystick  | <input type="checkbox"/> Höger         | <input type="checkbox"/> Vänster         | <input type="checkbox"/> Annat |
| .....   |  |  |                                |
| Alternativ styrning (t.ex. hakstyrning, mittstyrning) |  |  |                                |
| .....   |  |  |                                |
| Vårdarstyrning  | <input type="checkbox"/> -             |  |                                |
| .....   |  |  |                                |

|                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| Brukarens lårbenslängd/sittdjup |                         |
| A Vä                            | Hö                      |
| Brukarens underbenslängd        |                         |
| B Vä                            | Hö                      |
| Brukarens sittbredd             | Bålbredd under armhålan |
| C                               |                         |



|                  |                                   |   |                                      |
|------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <b>Sittenhet</b> |                                   |   |                                      |
| Rygg             | <input type="checkbox"/> Standard | Rygghöjd                                | ..... cm                             |
| Armstöd          | <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Höj & sänkbara | <input type="checkbox"/> Uppfällbara |
| Benstöd          | <input type="checkbox"/> Standard | Underbenslängd                          | ..... cm                             |
| Fotplatta        | <input type="checkbox"/> Delad    | <input type="checkbox"/> Hel            | <input type="checkbox"/> Uppfällbara |

**Specialfunktioner**Sits  Sitslyft  Sitstilt  Sittdyna specialRygg  EI  Manuellt justerbar  Ryggdynaspecial

Armstöd Special, ange önskad funktion .....

Benstöd  EI  Man. vinkelställbar**Tillbehör** Nackstöd  Bälte  Bålstöd  Rollatorhållare Kryckkäpphållare  Övrigt .....**Övriga upplysningar**

T.ex. speciella krav på sittenhetsen som är av betydelse vid t.ex. specialsits eller ståfunktion (ryggdeformiteter, bålbalans, huvudkontroll, arm/handfunktion)

**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?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                 |

|       |                   |
|-------|-------------------|
| Datum | Namnunderskrift   |
|       | Namnförtydligande |