

Ange motivering till dubbelföreskrivning under rubriken Övrigt (sid. 2)

Kombinerad elrullstol ska provas i första hand.

Sittproblematik föreligger om patienten exempelvis inte får tillräckligt med stöd i sittande, får sittsår av sittande i elrullstolen eller dylikt.

Konsultation

- Elrullstol manuell styrning
 Behov av två elrullstolar
 Dyna/sits

- Elrullstol motoriserad styrning
 Byte av elrullstol
 Övrigt, ange vad:

- Elrullstol vårdarmanövrerad
 Bälte/sele

Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med "bilaga sittanalys".

Bifogar bilaga

Förskrivare		Patient	
Kombikakod		Personnummer	
Namn		Namn	
Telefon - Ej växelnummer	<input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SK		
E-post			
Arbetsplats		Ev	Telefon - Helst mobiltelefon

Ange ett telefonnummer som vi kan nå dig på!

Effekt/nytta, angelägenhet och konsekvens ska (som lägst) bedömas som stor (3) och frekvens som ofta (3).

Vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/

Frekvens x Effekt/nytta = Resultat
T ex. 3x3=9

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:

Frekvens: _____ Effekt/Nytta: _____ Resultat: _____

Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:

Förflytta sig, steg 3. I bostaden. Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. Förflytta sig, steg 5. Promenader

Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)

- Elrullstol kan förskrivas till person med *bestående och betydande förflyttningssvårigheter*.
- *Viss gångförmåga får förekomma* men den ska vara starkt reducerad.
- Elrullstol förskrivas om inte övriga förflyttningshjälpmedel, som t ex manuell rullstol täcker behovet av förflyttning.
- Den ska *ersätta gångförmågan*, inte cykel/moped, bil eller kollektivtrafik och ska på ett påtagligt sätt öka individens möjlighet till självständighet i det dagliga livet.

Problemställning

Hur svårt är det att utföra aktiviteten/vara delaktig/utföra denna rörelse idag?

Målsättning

Nytta/Konsekvens

- Hur mycket lättare blir det för patienten att utföra aktiviteten?
- Hur påverkas patienten om hen inte får hjälpmedlet?

Överflyttning till/från rullstol/stol

utan assistans med assistans med lyft annat:

Användningsområde:

Enbart inne Mest inne/Lite ute Mest ute/Lite inne Enbart ute

Eget boende Korttidsboende Förskola

Boende med särskild service enligt LSS Daglig verksamhet enligt LSS Skola

Särskilt boende för äldre Dagverksamhet för äldre Rh-klass/särskolegrupp

Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel

Ja Nej

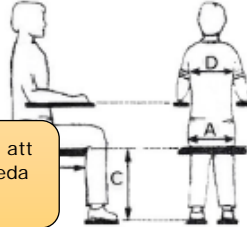
Om ja, hur har det fungerat?

Patientens personnummer:

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av blanketten

Mått

Sittbredd (A)	_____	cm
Sittdjup (B) hö/vä	_____	cm
Underbenslängd (C)	_____	cm
Bålbredd (D)	_____	
Kroppsvikt	_____	
Kroppslängd	_____	



Ange mått så att vi kan förbereda en elrullstol.

Nuvarande elrullstol

Modell:

Fylls i om patienten har en elrullstol.

Registreringsnummer:

Hur lång tid sitter brukaren i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

- Rymligt/trångt?
- Kuperat?
- Asfalt/grus?

Utomhus:

Ange andra mått att ta hänsyn till så som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/förflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad?

Ja

Nej

Kommentar:

Ska förvaras inomhus, vid minst +5°, i låst utrymme.

Trolig modell av elektrisk rullstol

Manuell styrning/styre

Joysticksstyrning

Kallas även motoriserad styrning.

Styrsätt på rullstolen

Reglage höger

Reglage vänster

Vårdarstyrning

Alternativt styrsätt (knappar, mittstyrning m.m.)

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

Eget boende, körs av närstående

Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 tim per vecka från Försäkringskassan)

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt styrd elrullstol)

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt:

Ange här om det finns något som vi bör veta innan besöket.

Ange motivering till eventuell dubbelförskrivning här.

Fylls i av Hjälpmedel Stockholm.

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

Scannad

Ankomstregistrerad

Datum:

Signatur:

Konsultation

 Trehjulig cykel

 Övrigt:

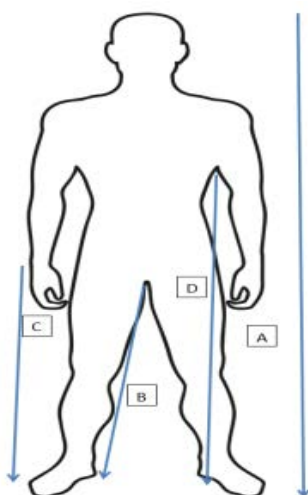
FÖRSKRIVARE		PATIENT	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Helst mobil</i>		Adress	Portkod
E-post	Postnummer	Ort	
Enhet	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobil</i>	
<input type="checkbox"/> Syn-, hörsel- och kognitionsnedsättning är taget i beaktande		<input type="checkbox"/> Förvaring av cykel finns/kommer att finnas.	
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos: Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex. MRSA)			
Problemställning			
Målsättning			
Vilka ev. hjälpmedel eller åtgärder har tidigare provats? (exempelvis cykel med stödhjul)			
Övrigt:			

Patientens personnummer:

Användningsområde:		
För verksamheter som omfattas av Överenskommelse Storsthlm-SLL (tidigare KSL-överenskommelsen), se särskilda regler.		
<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Korttidsboende	<input type="checkbox"/> Förskola
<input type="checkbox"/> Boende med särskild service enligt LSS	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS	<input type="checkbox"/> Skola
<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för äldre	<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp

Mått

Kroppslängd (A)	_____	cm
Innerbenslängd (B)	_____	cm
Kroppsvikt	_____	kg


Hjälpmedel Stockholms anteckningar

 Scannad

 Ankomstreg

Datum:

Signatur:

Konsultation

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Elrullstol manuell direktstyrning | <input type="checkbox"/> Elrullstol elektronisk styrning | <input type="checkbox"/> Elrullstol vårdarmanövrerad |
| <input type="checkbox"/> Behov av två elrullstolar | <input type="checkbox"/> Byte av elrullstol | <input type="checkbox"/> Bälte/sele |
| <input type="checkbox"/> Dyna/sits | <input type="checkbox"/> Anpassning av befintlig elrullstol | <input type="checkbox"/> Övrigt, ange vad: |

Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med "bilaga sittanalys". Bifogar bilaga

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Ej växelnummer</i>		Adress	Portkod
E-post	Postnummer	Ort	
Arbetsplats	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

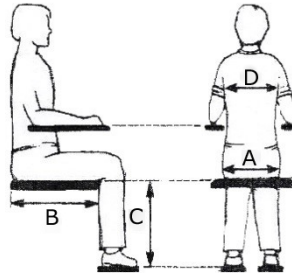
Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd: Frekvens: Effekt/Nytta:
Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden: <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 3. I bostaden. Ange aktivitet och hur ofta: <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. Ange aktivitet och hur ofta: <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 5. Promenader. Ange aktivitet och hur ofta:
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)
Problemställning
Målsättning med hjälpmedlet
Överflyttning till/från rullstol/stol <input type="checkbox"/> utan assistans <input type="checkbox"/> med assistans <input type="checkbox"/> med lyft <input type="checkbox"/> annat:
Patientens maximala gångsträcka:
Användningsområde: <input type="checkbox"/> Enbart inne <input type="checkbox"/> Mest inne/Lite ute <input type="checkbox"/> Mest ute/Lite inne <input type="checkbox"/> Enbart ute <input type="checkbox"/> Eget boende <input type="checkbox"/> Korttidsboende <input type="checkbox"/> Förskola <input type="checkbox"/> Boende med särskild service enligt LSS <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS <input type="checkbox"/> Skola <input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för äldre <input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp
Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, hur har det fungerat?

Patientens personnummer:

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av blanketten

Mått

Sittbredd (A)	_____	cm
Sittdjup (B) hö/vä	_____	cm
Underbenslängd (C)	_____	cm
Bålbredd (D)	_____	cm
Kroppsvikt	_____	kg
Kroppslängd	_____	cm



Nuvarande elrullstol
Modell:
Registreringsnummer:
Hur lång tid sitter patienten i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

Utomhus:

Ange andra mått att ta hänsyn till så som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/förflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad?

Ja Nej Kommentar:

Trolig modell av elektrisk rullstol

Manuell direktstyrning/styre Joysticksstyrning

Styrsätt på rullstolen

Reglage höger Reglage vänster Vårdarstyrning Alternativt styrsätt (knappar, mittstyrning m.m.)

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

Eget boende, körs av närstående Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 h/vecka från Försäkringskassan)
 LSS Särskilt boende för äldre

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt direktstyrd elrullstol)

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt:

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

Scannad Ankomstregistrerad Datum: Signatur:

Konsultation

 Ståhjälpmedel

 Gånghjälpmedel

 Träningshjälpmedel

FÖRSKRIVARE
PATIENT

Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Helst mobil</i>	Adress		Portkod
E-post	Postnummer	Ort	
Enhet	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobil</i>	

Användningsområde:

För verksamheter som omfattas av Överenskommelse Storsthlm-SLL (tidigare KSL-överenskommelsen), se särskilda regler.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eget boende | <input type="checkbox"/> Korttidsboende | <input type="checkbox"/> Förskola |
| <input type="checkbox"/> Boende med särskild service enligt LSS | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS | <input type="checkbox"/> Skola |
| <input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre | <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för äldre | <input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp |

Diagnos, funktionsnedsättning och prognos:

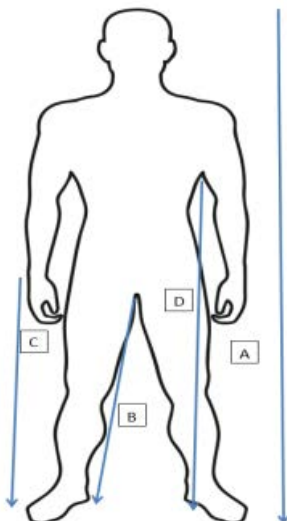
Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex. MRSA)

Problemställning
Målsättning
Vilka ev. hjälpmedel eller åtgärder har tidigare provats för att lösa ovan situation?
Övrigt:

Patientens personnummer:

Mått

Kroppslängd (A)	_____	cm
Innerbenslängd (B)	_____	cm
Golv-handled (C)	_____	cm
Golv-Armhåla (D)	_____	cm
Kroppsvikt	_____	kg



Hjälpmedel Stockholms anteckningar

Scannad

Ankomstreg

Datum:

Signatur:

BILAGA sittanalys

 ADL

 Rullstol manuell

 Rullstol eldriven

OBS! Fyll även i konsultationsblanketten för respektive sortiment. Denna blankett bifogas huvudkonsultationen.

FÖRSKRIVARE

PATIENT

Namn	Personnummer
------	--------------

PATIENTEN

Tonus
 Normal Hypoton, ange var: _____ | Hyperton, ange var: _____

Sensibilitet. Finns sensibilitetsbortfall?
 Nej Ja, ange var: _____




Smärta. Har patienten smärta?
 Nej Ja, ange var: _____

Trycksår. Har patienten trycksår?
 Nej Ja, ange var: _____

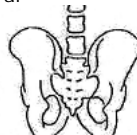
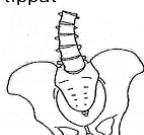
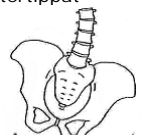
Behandling. Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittande, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv

Sittförmåga. Patienten sittande på fast underlag med stöd för fötterna
 Utan stöd Kan sitta på plant underlag utan ryggstöd och med händerna fria
 Handstöd Sitter själv men behöver ta stöd med sina händer mot underlaget
 Totalstöd Behöver stöd av annan person för att kunna sitta på t.ex. en brits

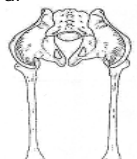


Bäckenet sett från sidan

<input type="checkbox"/> Neutral 	<input type="checkbox"/> Bakåttippat 	<input type="checkbox"/> Framåttippat 
<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat

Sett framifrån

<input type="checkbox"/> Neutral 	<input type="checkbox"/> Högertippat 	<input type="checkbox"/> Vänstertippat 
<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat

Sett ovanifrån

<input type="checkbox"/> Neutral 	<input type="checkbox"/> Bakåtroterat åt höger 	<input type="checkbox"/> Bakåtroterat åt vänster 
<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat	<input type="checkbox"/> rörligt <input type="checkbox"/> fixerat

Rygg enkel skiss, tex C eller S-form ange vy t.ex. framifrån, bakifrån eller från sidan.

Höft-knä-och fotleder

Har patienten rörlighet att i sittande:

	Höger		Vänster		Kommentar
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Uppnä 90° i höftleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abducera i höftleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adducera i höftleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppnä 90° i knäleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppnä 90° i fotleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fotledsortoser/ortoser Använder patienten fotledsortoser/ortoser <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Korsett Använder patienten korsett <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, typ av korsett
--	--

Tidigare sittanpassning
Hur har den fungerat

Konsultation – Taklyft

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Helst mobiltelefon. Ej växelnummer!</i>		Adress	
E-post	Postnummer	Ort	
Enhet	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

Konsultationen gäller taklyft i:
<input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Hall <input type="checkbox"/> Sovrum <input type="checkbox"/> Vardagsrum <input type="checkbox"/> Annat rum:
Finns vägguttag för stickkontakt i rum där taklyft ska projekteras? (Gäller endast våtutrymme) För mer information kring taklyft i våtutrymme, besök vår hemsida: hjalpmedelstockholm.se/hjalpmedelsoversikt/taklyft
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har hembesök utförts av förskrivare inför önskemål om projektering av taklyft?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns taklyft/mobil personlyft i bostaden sedan tidigare?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, ange placering:
Diagnos och funktionsnedsättning. Om smittorisk föreligger, ange vilken (t ex MRSA). Finns smärtproblematik?
Problemställning. Ange även orsak till varför mobil personlyft ej kan användas i det utrymme projekteringen gäller.
Målsättning
Ange planerad frånvaro, till exempel semester eller sjukhusvistelse.
Övrigt

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

Scannad Ankomstregistrerad Datum: Signatur:

Konsultation - Vårdarmanövrerat drivaggregat

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG	Namn	
Telefon – <i>Ej växelnummer</i>		Adress	
E-post	Postnummer	Ort	
Arbetsplats	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

ANVÄNDNINGSSOMRÅDE
<input type="checkbox"/> Eget boende, körs av närstående
<input type="checkbox"/> Övrigt

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av drivaggregat" innan du fyller i resten av blanketten

Diagnos och funktionsnedsättning	
Problemställning	
Målsättning	
Övrigt	
Beskriv miljön där drivaggregatet ska användas:	
Ange andra mått att ta hänsyn t.ex. dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/överflyttning:	Ev. hiss (cm)
	Längd:
	Bredd:

Kroppsmått	
sittbredd	_____ cm
kroppsvikt	_____ kg
kroppslängd	_____ cm

Har tidigare haft kontakt med hjälpmedelskonsulent/tekniker gällande detta hjälpmedel

Hjälpmedel Stockholms anteckningar	
Scannad <input type="checkbox"/>	Ankomstreg <input type="checkbox"/>
Datum: _____	Signatur: _____

Konsultation – Brukarmanövrerat drivaggregat

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Ej växelnummer</i>		Adress	Portkod
E-post	Postnummer	Ort	
Arbetsplats	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:
Frekvens: Effekt/Nytta: Resultat:
Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:
<input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 3. I bostaden. <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 5. Promenader
Nuvarande manuell rullstol? Ange modell/tillverkare/sittbredd eller regnr.
Har patienten elrullstol/scooter? Ange modell/märke eller regnr.
Diagnos och funktionsnedsättning
Problemställning
Målsättning
Övrigt
I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska drivaggregatet fungera:
<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Inne/Ute <input type="checkbox"/> Ute/Inne <input type="checkbox"/> Ute
Ange andra mått att ta hänsyn till som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/överflyttningar
Ska rullstolen fällas ihop för transport i bil?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Patientens kroppsvikt?

Hjälpmedel Stockholms anteckningar

 Scannad
 Datum:

 Ankomstregistrerad
 Signatur: