**Utprovningsunderlag – manuell rullstol, brukarstyrt drivaggregat och sittvagn**

**OBS!** Blanketten fylls i **på dator**. Skickas via Filetransfer eller skriv ut och skicka den till:

# HMC Fraktgatan 5633 46 Eskilstuna

**Konsulent** (fylls i av personal på HMC)

|  |
| --- |
|  |

**Datum**

|  |
| --- |
|   |

**Brukare** **Förskrivare**

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer  | Arbetsterapeut  |
| Namn  | Sjukgymnast/ Fysioterapeut  |
| Gata  | Arbetsplats  |
| Postadress  | Adress arbetsplats  |
| Telefonnummer  | Telefonnummer  |
| Kontaktperson  | e-postadress  |

 [ ]  Manuell rullstol [ ]  Sittvagn

 [ ]  Eldrivhjul [ ]  Brukarstyrt påhängsaggregat med styre

**Diagnos/ funktionsnedsättning**

|  |
| --- |
|   |

**Problembeskrivning**

Vad är det som inte fungerar?

|  |
| --- |
|   |

**Målsättning**

Skall vara konkret och möjlig att utvärdera. Ställ frågor som till exempel:

Hur länge skall brukaren kunna sitta? Vid vilka tillfällen? Hur många gånger per dag?

|  |
| --- |
|   |

**Nuvarande rullstol/sitthjälpmedel/sittvagn, sittdyna, ortoser, korsett**

Ange nuvarande modell

|  |
| --- |
|   |

**Tidigare sittanpassning**

Vad har provats tidigare? Varför fungerade det inte?

|  |
| --- |
|   |

 **Sittposition**

Hur länge sitter brukaren i nuvarande rullstol/sitthjälpmedel/sittvagn? Vid hur många tillfällen per dag?

I vilken omfattning används korsett och ortoser?

Förekommer alternativa positioner under dagen (stående, liggande till exempel)?

|  |
| --- |
|   |

**OBS! Vid sittproblematik bifoga blankett ”Fysisk undersökning”**

**Informera brukaren eller kontaktpersonen att personliga hjälpmedel som behövs vid besöket, till exempel lyftsele, glasögon, hörapparat eller pratkartor ska tas med!**

**Överflyttning**

Hur sker överflyttning till/från sits/säng/toalett?

 [ ] självständigt [ ] med hjälp av annan person [ ] med hjälpmedel

Kan brukaren korrigera sittställning efter överflyttning? [ ] ja [ ] nej

Hur många överflyttningar görs per dag?

Om brukaren använder lyftsele: Vilken sele används?

|  |
| --- |
|   |

**Förflyttning med rullstol**

Vilken körteknik använder brukaren?

|  |
| --- |
|   |

Körs rullstolen av annan person? [ ] ja [ ] nej

**Praktiska aspekter på omgivningen**

Du kan till exempel behöva kontrollera följande:

dörrbredd, hissmått, bordshöjder, mått vid transport i bil

|  |
| --- |
|   |

**Speciella omständigheter eller behov som behöver prioriteras**

|  |
| --- |
|   |

**Vid utprovning av sittvagn**

Finns behov av ryggfällning/liggläge?

Beskriv

|  |
| --- |
|  |

Beskriv eventuellt behov av att ha barnet i färdriktning alternativt ögonkontakt med förälder/assistent.

Är det viktigt att ha uppsikt av barnet vid transport?

|  |
| --- |
|   |

Hur ser behovet ut av sufflett (utöver mot väder och vind)

Ex har barnet behov av att skärma av?

|  |
| --- |
|   |

Finns behov av att få med sig medicinsk utrustning?

Vilka? Mått?

|  |
| --- |
|   |

**Vid utprovning av eldrivhjul eller brukarstyrt påhängsaggregat med styre**

Vilken rullstol ska det monteras på?

|  |
| --- |
|   |

Boende/närmiljö
Beskriv bostadstyp och miljön där drivaggregatet ska användas. Om hiss används, ange mått!

|  |
| --- |
|   |

Förvaringsutrymme
Låsbart, minst 5+ grader, ej våtutrymme, el-uttag

|  |
| --- |
|   |

**Mått och vikt**

**D**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** sittbredd |  cm |
| **B** sittdjup höger vänster |  cm cm |
| **C** underbenslängd höger vänster |  cm cm |
| **D** höjd till skulderblad |  cm |
| **E** total rygglängd |  cm |
| **F** ryggbredd |  cm |
| brukarvikt  |  kg |
| totallängd  |  cm |