**Utprovningsunderlag – lyftsele**

**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  |

**Diagnos/funktionsnedsättning**

|  |
| --- |
|   |

**Mål/syfte**

|  |
| --- |
|   |

**I vilka situationer ska lyftselen användas?**

|  |
| --- |
|   |

**Vad har provats tidigare (lyftsele, lyftbygel eller andra överflyttningshjälpmedel)?**

|  |
| --- |
|   |

**Smärta**

|  |
| --- |
|   |

**Sår/tryckkänslighet**

|  |
| --- |
|   |

**Bålstabiltet**

|  |
| --- |
|   |

**Huvudkontroll**

|  |
| --- |
|   |

**Tonus**

|  |
| --- |
|   |

**Kontrakturer**

|  |
| --- |
|   |

**Amputation över eller under knä**

|  |
| --- |
|   |

**Övriga faktorer som kan påverka**

|  |
| --- |
|   |

**Brukarens mått**

1. Lyftbygel
(mått på bålbredd)  cm
2. Lyftbygel
(mått på axelbredd)  cm
3. Trochantermått
(mått från trochanter till trochanter)  cm
4. Lårmått
(mått från grenen till baksidan av knäleden)

 cm

1. Rygghöjd
(mått från sittytan till armhålan) cm
2. Huvudhöjd

(mått från sittytan till och med huvudet) cm

 Längd: cm

 Vikt: kg

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