



Nationellt uppföljningsprogram för CPUP Arbetsterapeut

Version 9 110411

Personnummer _____

Efternamn _____ Förnamn _____

Tillhörande region _____

Distrikt/team _____

Dominerande neurologiskt symptom:

Spasticitet Dyskinesi Ataktisk Ej klassificerbar/blandform

Bedömning utförd av arbetsterapeut _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____

KLASSIFIKATION AV HANDFUNKTION enligt MACS I – V

Kommentar

I II III IV V

FUNKTIONSKLASS enligt HOUSE 0 - 8

Hö

Vä

Kommentar

DOMINANT HAND

Hö

Vä

Båda

BIMANUELL FÖRMÅGA

Kommentar

Har bimanuell förmåga

Ingen bimanuell förmåga, använder aldrig händerna tillsammans

RÖRELSESTATUS passiv ledrörlighet Övre Extremiteterna

Bedömningarna för inåt och utåtrotation i axeln utförs i liggande, markera position för övriga mätningar.

sittande liggande

AXEL	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Abduktion 180	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flexion 180	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utåtrotation 90	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inåtrotation 80	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Visar tecken på smärta vid undersökningen Ja Nej

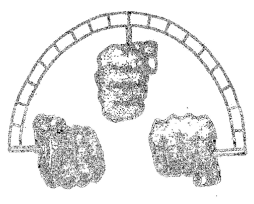
ARMBÅGE	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Extension 0	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flexion 150	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Visar tecken på smärta vid undersökningen Ja Nej

UNDERARM	Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
		Ja	Nej		Ja	Nej	
Supination 90	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pronation 90	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hö

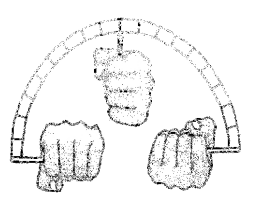
0°



90°

Vä

0°



90°

	Hö	Vä
Aktiv supination	—	—
Kan inte aktivt supinera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visar tecken på smärta vid undersökningen Ja Nej

HANDLED		Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
			Ja	Nej		Ja	Nej	
Extension	70	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extension med raka fingrar		—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flexion	80	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulnardeviation	30	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radialdeviation	20	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visar tecken på smärta vid undersökningen								
							Ja	Nej
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TUMME		Hö	Stramhet föreligger		Vä	Stramhet föreligger		Kommentar
			Ja	Nej		Ja	Nej	
Volarabduktion			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TUMMENS STÄLLNING		Hö	Vä	Kommentar
Ingen thumb-in-palm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klassifikation av thumb-in-palm enligt House Typ I-IV		Hö	Vä	
		—	—	

SAMTIDIG HANDLEDS- OCH FINGERSTRÄCKNING		Hö	Vä	Kommentar
enligt Zancolli grupp 1, 2A, 2B eller 3		—	—	
Kan aktivt sträcka fingrarna fullt med handleden extenderad 20 ° eller mer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handleds- och fingersträckning kan ej bedömas enligt Zancolli		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ARBETSTERAPI med inriktning mot handfunktion
sedan förra mättillfället eller under senaste året om detta är första CPUP-bedömningen

	Ja	Nej	
Handträning/handledning i samband med Botulinumtoxin eller handkirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handträning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CI-terapi (constraint induced therapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NIT (nätverksbaserad intensivträning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruppaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alternativ behandling som påverkat handfunktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vilken.....
Finns mål avseende handfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	delvis
Är mål avseende handfunktion uppfyllda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer.....			
.....			

HJÄLPMEDEL för förbättrad förmåga att använda händerna

	Ja	Nej	
Aktuella hjälpmedel eller anpassning för att förbättra förmågan att använda händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vilka (se manual).....

ORTOSER

 Ortos används ej

Kryssa vilka leder/kroppsdelar som ortosen syftar till att påverka och om syftet är att påverka aktiv handfunktion (funktion) eller rörelseomfång (passiv töjning):

	För funktion i			För passiv töjning i	
	Hö	Vä		Hö	Vä
Armbåge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armbåge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Användningstid av ortos för **passiv töjning** ≥ 6 tim/dygn < 6 tim/dygn

Kommentar:

Har sedan förra mättillfället genomgått
Hand/arm operation

 Ja Nej

Vilken/vilka operation

Datum

Botulinum toxin injektion i övre extremiteterna

 Ja Nej

Vilka muskler

Datum

Behandlas med spasticitetsreducerande medicin t ex baklofen

 Ja Nej

PEDI

Resultaten från senast genomförda mätning med Pediatric Evaluation of Disability Inventory **kan registreras enligt lokala överenskommelser.**

AHA

Om AHA har utförts sedan senaste CPUP-mätningen kan resultaten registreras här. Summa- och skalpoäng registreras.