

## Nationellt uppföljningsprogram CPUP – Vuxen

Om detta är första CPUP-bedömningen ersätts ”sedan föregående bedömningstillfälle” med ”under senaste året”



<b>Personnummer</b> _____
<b>Efternamn</b> _____ <b>Förnamn</b> _____
<b>Boendeform</b> _____
<b>Assistent</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> timmar/v _____
<b>Tolk</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> språk _____
<b>Arbete/Studier/Sysselsättning</b> _____
<b>Singel</b> <input type="checkbox"/> <b>Särbo</b> <input type="checkbox"/> <b>Sambo</b> <input type="checkbox"/> <b>Gift</b> <input type="checkbox"/> <b>Antal barn</b> _____
<b>Personen tillhörande region</b> _____
<b>Personens distrikt</b> _____
<b>Bedömningsdatum (år – mån – dag)</b> _____
<b>Bedömning utförd av</b> _____
<b>Arbetsplats</b> _____

### CP subtyp

Spastisk unilateral	<input type="checkbox"/>	Högersidig svaghet	<input type="checkbox"/>	Vänstersidig svaghet	<input type="checkbox"/>
Spastisk bilateral	<input type="checkbox"/>				
Ataktisk	<input type="checkbox"/>				
Dyskinetisk	<input type="checkbox"/>				
Oklassificerad/mixad form	<input type="checkbox"/>	Kommentar	_____		

**Klassifikation av handfunktion enligt MACS**    I     II     III     IV     V

**Grovmotorisk klassifikation GMFCS-E&R**    I     II     III     IV     V

**Aktiv ledrörlighet** - Utgångsställning sittande

	<b>Höger</b>	<b>Vänster</b>
Når nacken med handen	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Når munnen med handen	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Når rygglutet med handen	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Kan aktivt supinera	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Aktiv supination	_____ °	_____ °

**Passiv ledrörlighet** – Utgångsställning ryggliggande

	<b>Hö</b>	<b>Vä</b>	Avviker från standardiserad Utgångsställning Om ja, ange hur?
<b>Axel</b>			
Abduktion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Utåttrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Inåttrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
<b>Armbåge</b>			
Extension	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Supination	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Pronation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
<b>Handled</b>			
Extension	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension med raka fingrar	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Ulnardeviation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Radialdeviation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
<b>Höft</b>			
Abduktion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Inåttrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Utåttrotation	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
<b>Knä</b>			
Hamstringsvinkel	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Flexion	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Extension	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
<b>Fotled</b>			
Dorsalflexion vid flekterat knä.	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____
Dorsalflexion vid extenderat knä.	_____ °	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> _____

**Bedömning - fot**

Kan belasta fötterna      Nej       Ja, höger fot       Ja, vänster fot

**Belastad höger häl:**

Normal     Varus     Valgus

**Belastad vänster häl:**

Normal     Varus     Valgus

Kommentar \_\_\_\_\_

**Spasticitet/Muskeltonus**Saxning vid gång / aktivitet ingen  lätt  uttalad Saxning i vila ingen  lätt  uttalad 

	<b>Höger</b>	<b>Vänster</b>
Fotklonus	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Handklonus	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Spasticitet i handleds- eller fingerböjare	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**Skattning av muskeltonus i vila enligt Mod Ashworthskala (se även manual)**

0=ingen förhöjd muskeltonus; 1=lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan; +1=lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget); 2=mer markant förhöjning av muskeltonus genom större delen av rörelsebanan, men rörelsen är fortfarande lätt att utföra; 3=avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser; 4=stelhet vid flexion eller extension av kroppsdelen.

	<b>Höger</b>						<b>Vänster</b>					
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>+1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>+1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Armbågsflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantarflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar \_\_\_\_\_

**Tumme**

	<b>Höger</b>	<b>Vänster</b>
Stramhet vid volarabduktion	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thumb in palm	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Klassifikation av thumb-in-palm enligt House Typ I-IV

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentar \_\_\_\_\_

**Samtidig handleds- och fingersträckning**

Enligt Zancolli grupp 1+X, 1, 2A, 2B eller 3 Höger \_\_\_\_\_ Vänster \_\_\_\_\_

Handleds- och fingersträckning kan ej bedömas enligt Zancolli Höger:  Vänster 

Kommentar \_\_\_\_\_

<b>Funktionsklass enligt House 0-8</b>	Höger _____	Vänster _____	
Dominant hand	Höger <input type="checkbox"/>	Vänster <input type="checkbox"/>	Båda <input type="checkbox"/>
Har bimanuell förmåga	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Kommentar _____			

<b>Liggande - vanligast förekommande vilo- och sovställning</b>			
(Flera svar kan anges)			
Ryggliggande <input type="checkbox"/>		Ligger antal timmar/dygn:	
Magliggande <input type="checkbox"/>		< 8 tim <input type="checkbox"/>	
Sidoliggande höger <input type="checkbox"/>		8-12 tim <input type="checkbox"/>	
Sidoliggande vänster <input type="checkbox"/>		> 12 tim <input type="checkbox"/>	
Annan vilo-och sovställning <input type="checkbox"/>			
Bibehålla position i liggande:	kan självständigt <input type="checkbox"/>	beroende av hjälp/stöd <input type="checkbox"/>	
Ändra position i liggande:	kan självständigt <input type="checkbox"/>	medverkar <input type="checkbox"/> helt beroende av hjälp <input type="checkbox"/>	
Använder positionerande hjälpmedel i liggande:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Kuddar <input type="checkbox"/>	Ställbar säng <input type="checkbox"/>	Liggskal <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
Kommentar _____			

<b>Bedömning – ryggliggande (se manual)</b>		
Huvudet i medellinje	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bålen symmetrisk	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Benen raka i förhållande till bäckenet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Benen separerade	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Armarna vilande längs sidorna	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Vikten jämnt fördelad	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kommentar _____		

<b>Sittande - vanligast förekommande</b>			
( fler svar kan anges tex formgjuten sits och rullstol)			
Har inget sittande <input type="checkbox"/>			
Formgjuten sits <input type="checkbox"/>			
Rullstol (med tilt) <input type="checkbox"/>			
Rullstol (utan tilt) <input type="checkbox"/>			
Arbetsstol <input type="checkbox"/>			
Vanlig stol <input type="checkbox"/>			
Annat alternativ <input type="checkbox"/>	Vad? _____		
Sitter antal timmar/dygn:	< 8 tim <input type="checkbox"/>	8-12tim <input type="checkbox"/>	> 12 tim <input type="checkbox"/>
Kommentar _____			

**Bedömning – sittande på brits (se manual)**

Huvudet i medellinje	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bålen symmetrisk	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Benen separerade och i neutralt läge	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Armarna vilande längs sidorna	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Båda fotsulorna i golvet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Vikten jämnt fördelad	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Bedömd i sittande utan stöd

Bedömd i sittande med stöd

Kommentar \_\_\_\_\_

**Bedömning - rygg (se manual)**

Skoliosopererad                      Nej                       Ja  (om ja, bedömning nedan ej obligatorisk)

Har skolios                              Nej                       Ja

	<b>Höger</b>	<b>Vänster</b>
Thorakal	konvex <input type="checkbox"/>	konvex <input type="checkbox"/>
Thorakolumbal	konvex <input type="checkbox"/>	konvex <input type="checkbox"/>
Lumbal	konvex <input type="checkbox"/>	konvex <input type="checkbox"/>

Skoliosen är:                      korrigierbar                       ej korrigierbar

Skoliosen bedöms vara:                      lätt                       måttlig                       uttalad

Bedömd i:                      stående                       sittande på brits                       liggande

Kommentar \_\_\_\_\_

**Korsett**

Använder korsett?                      Nej                       Ja

Mjuk korsett                     

Halvhård korsett                     

Hård korsett                     

Användningstid timmar/dygn                      < 6 tim                       6 -10 tim                       > 10 tim

Har korsetten avsedd effekt?                      Nej                       Ja

Om nej, varför? \_\_\_\_\_

### Uppresning till och från sittande - vanligast förekommande

Utan stöd (tillåter kroppseget stöd). Med stöd (tillåter allt stöd såsom t ex väggar, möbler och personer).

	utan stöd	med stöd	klarar ej
Uppresning till stående från sittande på golv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från stående sätta sig på golv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppresning från sittande på stol till stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från stående sätta sig på stol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar \_\_\_\_\_

### Stående

- Har inget stående   
 Står själv endast med hjälpmedel (inkl även stöd av möbler och väggar)   
 Står själv utan hjälpmedel (tillåter kroppseget stöd)

- Använder ståhjälpmedel** Nej  Ja   
 Dagar per vecka: 1-2  3-4  5-6  7   
 Gånger per dag: 1  2  3  >3   
 Antal timmar per dag: <1  1-2  3-4  >4

**Typ av ståhjälpmedel** (fler alternativ kan anges t ex ståskal och tippbräda):

Tippbräda/ Ståstöd  Ståskal  Stårullstol  Annat  \_\_\_\_\_

**Ståhjälpmedel används i kombination med:** Ortoser /skenor  Korsett

Kommentar \_\_\_\_\_

### Bedömning – stående (se manual)

- Huvudet i medellinje Nej  Ja   
 Bålen symmetrisk Nej  Ja   
 Benen raka i höft och knä Nej  Ja   
 Benen separerade Nej  Ja   
 Båda fotsulorna i golvet Nej  Ja   
 Vikten jämnt fördelad Nej  Ja

Bedömd i stående utan stöd  Bedömd i stående med stöd

Kommentar \_\_\_\_\_

### Överflyttningar/korta förflyttningar (t ex till toalett eller säng)

- Flyttar självständigt
- Står med stöd vid överflyttning
- Sittande överflyttning
- Använder lyft och sele

Kommentar \_\_\_\_\_

### Förflyttning i trappor

#### Går uppför trappa

- Utan stöd
- Med hjälp av ledstång
- Med levande stöd
- Med levande stöd + ledstång
- Nej, kan inte

#### Går nedför trappa

- Utan stöd
- Med hjälp av ledstång
- Med levande stöd
- Med levande stöd + ledstång
- Nej, kan inte

Kommentar \_\_\_\_\_

### Functional Mobility Scale (FMS).

Be personen att uppskatta **vanligast** förekommande funktionella förflyttning **vid samtliga tre** avstånd nedan. Ange **en** gradering vid respektive avstånd.

\_\_\_\_\_ 5 meter \_\_\_\_\_ 50 meter \_\_\_\_\_ 500meter

N= Inte tillämpligt; t.ex. personen fullföljer inte avståndet.

C= Kryper: Personen kryper vid förflyttning i hemmet (5 m)

1= Använder rullstol: Kan ev. stå vid förflyttningar, kan ev. ta några steg med hjälp av annan person eller rollator/stöd.

2= Använder rollator eller stöd; utan hjälp av annan person.

3= Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person.

4= Använder käppar (en eller två); utan hjälp av annan person.

5= Självständig gång på jämnt underlag; använder inte gånghjälpmedel eller hjälp av annan person\*.

Behöver ledstång vid trappgång.

\*Om möbler, väggar, staket, skyltfönster används som stöd, anges siffran 4 som korrekt beskrivning.

6= Självständig gång på alla underlag; använder inga gånghjälpmedel eller hjälp från annan person när personen går på olika underlag inklusive ojämn mark, trottoarkant och i folksamlingar.

### Förflyttning-Rullstol

#### Inomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol: Använder ej  kör själv  blir körd

Elektrisk rullstol: Använder ej  kör själv  blir körd

#### Utomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol: Använder ej  kör själv  blir körd

Elektrisk rullstol: Använder ej  kör själv  blir körd

Kommentar \_\_\_\_\_

## Smärta

Frågorna är besvarade av:            Personen själv     Av någon i personens omgivning

Upplever personen själv eller någon i dess omgivning, att personen **har ont**? Nej     Ja

Om ja: **Var och hur mycket** värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

	Ingen	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
Huvud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armar, händer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hud, trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, var? \_\_\_\_\_

Om ja: Under de senaste fyra veckorna **hur mycket har värken eller smärtan stört ditt normala arbete** (innefattar både arbete utanför hemmet och andra dagliga sysslor)?

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Väldigt mycket

Kommentar \_\_\_\_\_



### Operationer och tonusreducerande behandling

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle genomgått **operation**? Nej  Ja

Vilken/vilka operationer?	Datum
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle fått **Botulinumtoxin**? Nej  Ja

Vilka muskler?	Datum
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Har personen själv utfört/ fått hjälp att utföra **träningsprogram** efter op/botox? Nej  Ja

Har **Baklofenpump** Nej  Ja

### Röntgen

När är senaste höft-röntgen gjord? \_\_\_\_\_ Var? \_\_\_\_\_ Vet ej/ Ej gjort

När är senaste ryggröntgen gjord? \_\_\_\_\_ Var? \_\_\_\_\_ Vet ej / Ej gjort

### Behandling/träning

Har sedan föregående bedömningstillfälle utfört/fått hjälp att utföra aktiviteter/träning för:

Minskad smärta	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ledrörlighet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Muskelstyrka	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kondition	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Postural förmåga (balans, stabilitet)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Förflyttningsförmåga	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Handfunktion	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Personlig vård	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kommunikation	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kognition	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Kommentar \_\_\_\_\_

Har satt upp konkreta **mål med träningen** i samråd med:

Sjukgymnast? Nej  Ja       Arbetsterapeut? Nej  Ja

Kommentar \_\_\_\_\_

### Fysisk aktivitet

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle regelbundet deltagit och utfört fysiska idrotts- och fritidsaktiviteter? Nej  Ja

Om ja, hur ofta har det vanligtvis skett?

Mindre än 1 gång/vecka  1-2 ggr/vecka  3-5 ggr/vecka

Vilken/vilka fysiska fritidsaktiviteter?

Promenad  Stavgång  Cykling  Simning/vattenaktivitet

Ridning  Fotboll  Dans  Styrketräning

Gymnastik  Skidåkning  Skridsko  Kälkhockey

Orientering  Bowling  Basket  Boccia/Boule

Annat \_\_\_\_\_

Har CPUP undersökningen medfört förslag till åtgärder? (Vad, vilka?)

Övriga kommentarer