



Nationellt uppföljningsprogram - CPUP - Sjukgymnaster

Personnummer _____
Efternamn _____ Förnamn _____
Barnets tillhörande region _____
Barnets distrikt _____
Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____
Bedömning utförd av _____

Dominerande neurologiskt symptom:

Spasticitet Dyskinesi Ataxi Ej klassificerbar/blandform

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

Functional Mobility Scale (FMS).

Be föräldrarna eller 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 tillämbart; 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.

Sittande - vanligast förekommande

På golv	sitter ej	<input type="checkbox"/>
	i famnen	<input type="checkbox"/>
	W-sittande	<input type="checkbox"/>
	lågsittande	<input type="checkbox"/>
	sidsittande hö (belastar hö stjärthalva, ben åt vä)	<input type="checkbox"/>
	sidsittande vä (belastar vä stjärthalva, ben åt hö)	<input type="checkbox"/>
	skräddarställning	<input type="checkbox"/>
I stol	sitter ej	<input type="checkbox"/>
	hjälpmedelsstol	<input type="checkbox"/>
	barnstol	<input type="checkbox"/>
	vanlig stol	<input type="checkbox"/>

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"/>

Stående

Står ej

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 (flera alternativ kan anges):

Tippbräda / Ståstöd Ståskal Stårullstol

Ståhjälpmedel används i kombination med (flera alternativ kan anges):

Ortoser Korsett

Rullstol inomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol:	Använder ej <input type="checkbox"/>	blir körd <input type="checkbox"/>	kör själv <input type="checkbox"/>
Elektrisk rullstol:	Använder ej <input type="checkbox"/>	blir körd <input type="checkbox"/>	kör själv <input type="checkbox"/>

Rullstol utomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol:	Använder ej <input type="checkbox"/>	blir körd <input type="checkbox"/>	kör själv <input type="checkbox"/>
Elektrisk rullstol:	Använder ej <input type="checkbox"/>	blir körd <input type="checkbox"/>	kör själv <input type="checkbox"/>

Förflyttning i trappor

Tar sig själv uppför trappa

nej
skuttar, kryper
går

Tar sig själv nedför trappa

nej
skuttar, kryper
går

Går uppför trappa

med levande stöd+ledstång
med levande stöd
med hjälp av ledstång
utan stöd

Går nedför trappa

med levande stöd+ledstång
med levande stöd
med hjälp av ledstång
utan stöd

Använder elhiss Nej Ja

Cyklar (All form av cyklande t.ex. självständig med eller utan stöd, tandem, armcykel mm)

ofta(dagligen) ibland(ngn gång /v) sällan(ngn gång/mån) aldrig

Ortoser (Flera alternativ kan anges)
 Använder personen ortoser? Nej Ja

Aktuella ortoser för kontrakturbehandling:
 Genomsnittlig användningstid timmar/dygn

	HÖ	VÄ	<1	1-2	3-4	5-6	7-9	≥10
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuella ortoser för funktion:
 Mål med ortos (flera alternativ kan anges):

	HÖ	VÄ	1.Förbättra gångförmåga	2.Förbättra balans/ge stabilitet	3.Underlätta träning	4. Annat
FO (inlägg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet m ortosen uppnås			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet m ortosen uppnås			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet m ortosen uppnås			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet m ortosen uppnås			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målet m ortosen uppnås			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har hudirritation/sår uppstått i samband med användning av ortosen? Nej Ja

Smärta – upplever personen själv, alternativt föräldrarna, att personen har ont?
 Nej Ja

Om ja var? Huvud, nacke Rygg Armar, händer Höfter Knä Fötter
 Tänder Mage Tryck Hudsår

Annat _____

Fraktur - har personen sedan föregående bedömningstillfälle haft någon fraktur?
 Nej Ja

Operationer och spasticitetsreducerande behandling

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle genomgått operation? Nej Ja

Vilken/vilka operationer?

Datum

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle fått Botulinumtoxin i nedre extremiteterna? Nej Ja

Vilka muskler?

Datum

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Behandlas personen med spasticitetsreducerande medicin som t.ex. Baklofen?

Nej Ja

Spasticitet/Muskeltonus

Saxning vid gång / aktivitet ingen lätt uttalad

Saxning i vila ingen lätt uttalad

Fotklonus Höger Nej Ja

Vänster Nej Ja

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.

	Hö						Vä					
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Höftflexorer	<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"/>
Höftextensorer	<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"/>
Knäextensorer	<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: _____

Fysioterapi

Har personen **sedan föregående bedömningstillfälle** erhållit fysioterapeutiska insatser utöver CPUP bedömning? Nej Ja

Om ja, hur ofta har det vanligtvis skett?

mindre än 1 g/mån 1-3 ggr/mån
1 - 2 ggr/v 3 - 5 ggr/v mer än 5 ggr/ v

Hur ofta har sjukgymnasten varit närvarande vid dessa tillfällen?

mindre än 1 g/mån 1-3 ggr/mån
1 - 2 ggr/v 3 - 5 ggr/v mer än 5 ggr/ v

Har personen haft en eller flera träningsperioder med en högre intensitet sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Fysisk aktivitet

Har personen **sedan föregående bedömningstillfälle** aktivt deltagit och utfört **fysiska** idrottsaktiviteter i förskole- /skolidrott? Nej Ja

Om ja, hur ofta har det vanligtvis skett?

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

Har personen **sedan föregående bedömningstillfälle** regelbundet deltagit och utfört **fysiska** 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**?

Simning Ridning Fotboll Dans Styrketräning Gymnastik

Skidåkning Skridsko Basket Boccia Bågskytte Kälkhockey

Annat _____

Kroppsfunktioner och Kroppsstrukturer

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle erhållit fysioterapeutiska åtgärder som avser befrämja och påverka följande rörelserelaterade funktioner och strukturer?

	Nej	Specifikt	Integrerat i vardagliga aktiviteter	Både specifikt och integrerat
Muskelkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeltonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeluthållighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörlighet i leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilitet i leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsuppfattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har personen haft dokumenterade konkreta uttalade mål? Nej Ja

Aktivitet/delaktighet-bibehålla kroppsställning

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle tränat att bibehålla kroppsställning i?

	Nej	Specifikt	Integrerat i vardagliga aktiviteter	Både specifikt och integrerat
Liggande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sittande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knästående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har personen haft dokumenterade konkreta uttalade mål? Nej Ja

Aktivitet/Delaktighet – ändra position

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle tränat att ändra position från:

	Nej	Specifikt	Integrerat i vardagliga aktiviteter	Både specifikt och integrerat
Liggande till sittande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sittande till stående?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har personen haft dokumenterade konkreta uttalade mål? Nej Ja

Aktivitet/Delaktighet - förflyttning

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle tränat följande rörelserelaterade aktiviteter/delaktighet?

	Nej	Specifikt	Integrerat i vardagliga aktiviteter	Både specifikt och integrerat
Stjärthasning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krypa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Springa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflytta sig**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*kortare eller längre sträckor med eller utan hjälpmedel

** med rullstol eller annat transportmedel

Har personen haft dokumenterade konkreta uttalade mål? Nej Ja

Aktivitet/Delaktighet - personlig vård

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle tränat färdigheter för aktiviteter/delaktighet inom personlig vård?

	Nej	Specifikt	Integrerat i vardagliga aktiviteter	Både specifikt och integrerat
Äta och dricka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sköta toalettbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av- och påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har personen haft dokumenterade konkreta uttalade mål? Nej Ja

GMFM och PEDI

Om följande mätinstrument använts **kan** resultaten anges här.

GMFM utförd (år-mån-dag) _____

GMFM – 66

GMFM-66 poäng _____ SE _____ 95% KI _____ - _____

GMFM - 88

Total (%) _____

Målpoäng (%) _____

Dimensionspoäng (%) A _____ B _____ C _____ D _____ E _____

Ange målområden: A B C D E

PEDI utförd (år – mån-dag) _____

Del I Funktionella färdigheter	Skalpoäng	SE	Del II Hjälpbehov	Skalpoäng	SE
Personlig vård			Personlig vård		
Rörelseförmåga			Rörelseförmåga		
Socialförmåga			Socialförmåga		

Del III Förekomst av antal anpassningar	Inga	Allmänna	Hjälpmedel	Omfattande
Personlig vård				
Rörelseförmåga				
Social förmåga				

Kommentarer: