

Bilaga 1

Vårdplanering för Botulinumtoxininjektion Övre extremiteten

Diagnos: _____

House funktionsklass Höger: Vänster:

	I	II	III	IV	V
GMFCS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MACS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vikt: _____ kg

Indikationer:

- A. Kontrakturprofylax, lindra smärta:
 - B. Förbättra grovmotorik/minska dystoni
 - C. Förbättra finmotorik
 - 1.Förbättra supination:
 - 2.Förbättra handledsstabilisering / kraft:
 - 3.Förbättra tumabduktion:
- Övrigt: _____

Planerade muskler för injektion:

Höger	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Planerade injektionstillfällen:

1 2 3

Ung datum: _____

Förberedelser:

	Ja	Nej	
EMLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annat: _____
Dormicum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lustgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ansvarig arbetsterapeut: _____ Distrikt: _____

Datum: _____ Sign. _____