

Botulinumtoxin injektioner övre extremiteter¹

A/B

Namn: _____ Personnr: _____

Diagnos: _____ Subdiagnos: _____ Undersökt hand: _____

Habilitering: _____ Arbetsterapeut: _____

Datum injicering: _____ Injicerade muskler: se separat protokoll

Datum bedömning: Pre Post

MACS _____ House tumme I- IV: Pre Post

House funktionsklass 0-8:

Funktionsklass

	Pre	Post

Tillval: Zancolli,GMFCS

MÅLSÄTTNINGAR - MÅLUPPFYLLELSE

COPM – Canadian Occupational Performance Measure

Målsättningar i aktivitet som föräldrar/barnet/ungdomen vill eller förväntas utföra bättre efter injektion/ortos/träning	Betydelse 1-10 Pre	Utförande 1-10		Tillfredsställelse 1-10	
		Pre	Post	Pre	Post

¹ Nätverk Botulinumtoxin injektioner övre extremiteten 070613

Grupp A= Omvårdnadsindikation, kontrakturprofilax, smärtlindring **Grupp B**= Förbättrad grovmotorik, "positionering", minska dystoni

GAS – Goal Assessment Scale

Skala	Aktivitet 1	Pre	Post	Aktivitet 2	Pre	Post
+2						
+1						
0						
-1						
-2						

Ledrörlighet, passiv (endast mätning av relevanta leder i förhållande till injicerade muskler)

		Pre	Post
Axel	flexion		
	extension		
	abduktion		
	inåtrotation		
	utåtrotation		
Armbåge	flexion		
	extension		
	hyperextension		
Underarm	pronation		
	supination		
Handled	volarflexion		
	dorsalextension		

Videodokumentation: Ja _____ Nej _____

Ortos: _____

Annan efterbehandling: _____

²Nätverk Botulinumtoxin injektioner övre extremiteten 070613

Grupp A= Omvårdnadsindikation, kontrakturprofylax, smärtlindring **Grupp B**= Förbättrad grovmotorik, "positionering", minska dystoni

Bilaga 5