|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Underlag inför utprovning av rörelsehjälpmedelBilaga till beställningsblankett – Dalarnas HjälpmedelscenterUppgifterna dataregistreras | Ver 72022-06-16 |

Dalarnas Hjälpmedelscenter

|  |  |
| --- | --- |
| **Vid beställning i webSesam ange arbetsordernr** | Personnr      |
| Prioritet:[ ]  Enligt avtal [ ]  Akut enligt avtal | Namn      |
| Kan utprovningen utföras på DHC?[ ]  Ja, Falun/Mora [ ]  Annan plats        | [ ]  **Samordning av utprovning/ anpassning av fler hjälpmedel på DHC önskas.**(Ett förberedande möte för samordning av insatser kan behövas tillsammans med dig.) |
| **Bakgrund/anamnes** |
| Medicinsk diagnos/ funktionsnedsättning      |
| Nuvarande problem      |
| Vad vill patient och beställare uppnå/ mål:      |
| Restriktioner/ begränsande faktorer (medicinska och funktionella) – ange var       [ ]  allergi [ ]  belastningsregim [ ]  infektionskänslighet [ ]  muskeltonus [ ]  nedsatt uthållighet[ ]  rörlighetsinskränkningar, ange mätvärde [ ]  smitta[ ]  smärta[ ]  sår[ ]  annat | Beskriv:       |
| **24 – timmarsperspektiv**Ange i timmar per dygn den tid som speglar patientens aktiviteter med olika kroppsläge och hjälpmedel**Aktiviteter Tid Hjälpmedel**[ ]  Dagvila liggande            [ ]  Nattvila liggande            [ ]  Sittande            [ ]  Stående            [ ]  Toalettbesök            Övrigt av vikt att ta i beaktande:       |

|  |
| --- |
| Nutrition/ matsituation [ ]  äter självständigt [ ]  stöd i matsituation [ ]  PEG [ ]  annat       |
| Elimination/ toasituation[ ]  klarar självständigt [ ]  regelbundna toabesök [ ]  behov av stöd [ ]  behov av inkontinensskydd[ ]  annat       |
| Kommunikation[ ]  tal [ ]  gester/ mimik [ ]  bilder/ symboler [ ]  annan kommunikation[ ]  tolk [ ]  tecken/ tecken som stöd [ ] samtalsapparat/ komm.dator       |
| Kognition      |
| Används hjälpmedel för omgivningskontroll/larm[ ]  Ja [ ]  NejOm ja, vad?     Önskas något i hemmet styras från elrullstolen, i så fall vad?     Har patienten något hjälpmedel som behöver monteras på elrullstolen, t.ex. kommunikationsdator?      |
| Överflyttning/ förflyttning – beskriv utifrån aktuellt hjälpmedel.      |
| Körteknik/ styrsätt (Handdominans, styre, joystick, vårdarstyrning etc.)      |
| Miljö där hjm ska användas (dörrbredd, nivåskillnad, beskriv miljön där hjm ska användas, etc.)      |
| Har egen bil som är anpassad för att transportera el-rullstol/manuell rullstol eller tänker köpa bil för detta ändamål (se riktlinjer angående anpassning av bil under rubrik ”Kostnader som betalas av patient/brukare”)      |
| Socialt (civilstånd/familj, kontaktnät, pers ass.)      |
| Skola/ arbete/ fritid      |
| Uppställningsplats för el-rullstol      |
| Övrigt (t ex korsett, ortos, fotskenor, anpassade skor)      |
| **Personmått (inte rullstolens mått), ange samtliga mått gällande sittande alt stående/gående.**Lathund finns för hur du mäter personmått (Du hittar den i webSesam och på vår hemsida <https://www.regiondalarna.se/plus/hjalpmedel/bestallning-och-leveranser/bestallning-av-hjalpmedel/>  |
| **Hjälpmedel för sittande:** | **Hjälpmedel för stående/gående:** |
| **A Sittbredd** cm | **G Innerbenslängd**        cm |
| **B Sittdjup** cm | **H Kroppslängd**        cm |
| **C Höjd till skulderblad** cm | **I Höjd till handled (golv-handled)**       cm |
| **D Sitthöjd** cm | **J Höjd till armbåge (golv/häl-armbåge)**        cm |
| **E Ryggbredd**       cm | **Fingrar – golv**        cm |
| **F Total rygglängd**       cm | **Bålomfång**        cm |
| **H Kroppslängd**       cm | **Höjd fot – Axill**        cm |
| **Kroppsvikt**       kg | **Kroppsvikt**        kg |
|  **Mått: H:\Arbetskatalog\A9R3A1F.jpg** | **Ev. kommentar**      |
| Uppgifterna lämnade av      | Datum      |