Hjälpmedel Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Ange motivering till dubbelförskrivning under rubriken Övrigt (sid. 2)

Kombinerad elrullstol ska provas i första hand.

Sittproblematik föreligger om patienten exempelvis inte får tillräckligt med stöd i sittande, får sittsår av sittande i elrullstolen eller dylikt.

Konsultation

☐ Elrullstol manuell styrning
☐ Behov av två elrullstolar
☐ Dyna/sits
☐ Elrullstol motoriserad styrning
☐ Byte av elrullstol
☐ Övrigt, ange vad:
☐ Elrullstol vårdarmanövrerad
☐ Bälte/sele

☐ Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med "bilaga sittanalys". ☐ Bifogar bilaga

Förskrivare		Patient
Kombikakod	Datum	Personnummer
Namn	☐ AT ☐ SO	Namn
Telefon – *Ej växelnummer*		
E-post		
Arbetsplats	Ev	Telefon – *Helst mobiltelefon*

Ange ett telefonnummer som vi kan nå dig på!

Effekt/nytta, angelägenhet och konsekvens ska (som lägst) bedömas som stor (3) och frekvens som ofta (3).

Vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedoma-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/

Frekvens x Effekt/nytta = Resultat
T ex. 3x3=9

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:

Frekvens: Effekt/Nytta: Resultat:

Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:

☐ Förflytta sig, steg 3. I bostaden. ☐ Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. ☐ Förflytta sig, steg 5. Promenader

Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)

- Elrullstol kan förskrivas till person med *bestående och betydande förflyttningssvårigheter*.
- *Viss gångförmåga får förekomma* men den ska vara starkt reducerad.
- Elrullstol förskrivs om inte övriga förflyttningshjälpmedel, som t ex manuell rullstol täcker behovet av förflyttning.
- Den *ska ersätta gångförmågan*, inte cykel/moped, bil eller kollektivtrafik och ska på ett påtagligt sätt öka individens möjlighet till självständighet i det dagliga livet.

Problemställning

Hur svårt är det att utföra aktiviteten/vara delaktig/utföra denna rörelse idag?

Målsättning

Nytta/Konsekvens

- Hur mycket lättare blir det för patienten att utföra aktiviteten?
- Hur påverkas patienten om hen inte får hjälpmedlet?

Överflyttning till/från rullstol/stol

☐ utan assistans ☐ med assistans ☐ med lyft ☐ annat:

Användningsområde:

☐ Enbart inne ☐ Mest inne/Lite ute ☐ Mest ute/Lite inne ☐ Enbart ute

☐ Eget boende
☐ Boende med särskild service enligt LSS
☐ Särskilt boende för äldre
☐ Korttidsboende
☐ Daglig verksamhet enligt LSS
☐ Dagverksamhet för äldre
☐ Förskola
☐ Skola
☐ Rh-klass/särskolegrupp

Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, hur har det fungerat?

Posta blanketten till Hjälpmedel Stockholm, Box 139, 125 23 Älvsjö eller faxa den till 08-123 498 03

Hjälpmedel Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Checklistan hittar du här:
www.hjalpmedelstockholm.se/hjalpmedelsoversikt/elektrisk-rullstol/elrullstolar/

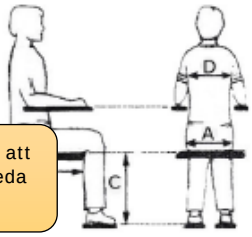
Patientens personnummer:

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av blanketten

Mått

Sittbredd (A)	cm
Sittdjup (B) hö/vä	cm
Underbenslängd (C)	cm
Bålbredd (D)	
Kroppsvikt	
Kroppslängd	

Ange mått så att vi kan förbereda en elrullstol.



Nuvarande elrullstol

Modell:

Fylls i om patienten har en elrullstol.

Registreringsnummer:

Hur lång tid sitter brukaren i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

- Rymligt/trångt?
- Kuperat?
- Asfalt/grus?

Utomhus:

Ange andra mått att ta hänsyn till så som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/förflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad?

Ska förvaras inomhus, vid minst +5°, i låst utrymme.

☐ Ja ☐ Nej Kommentar:

Trolig modell av elektrisk rullstol

☐ Manuell styrning/styre ☐ Joysticksstyrning

Kallas även motoriserad styrning.

Styrsätt på rullstolen

☐ Reglage höger ☐ Reglage vänster ☐ Vårdarstyrning ☐ Alternativt styrsätt (knappar, mittstyrning m.m.)

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

☐ Eget boende, körs av närstående ☐ Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer är 20 tim per vecka från Försäkringskassan)

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt styrd elrullstol)

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt:

Ange här om det finns något som vi bör veta innan besöket.

Ange motivering till eventuell dubbelförskrivning här.

Fylls i av Hjälpmedel Stockholm.

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

☐ *Scannad* ☐ *Ankomstregistrerad* *Datum:* *Signatur:*

Posta blanketten till Hjälpmedel Stockholm, Box 139, 125 23 Älvsjö eller faxa den till 08-123 498 03