Hjälpmedel Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

BILAGA sittanalys

☐ ADL ☐ Rullstol manuell ☐ Rullstol eldriven

OBS! Fyll även i konsultationsblanketten för respektive sortiment. Denna blankett bifogas huvudkonsultationen.

FÖRSKRIVARE	**PATIENT**
Namn	Personnummer

PATIENTEN

Tonus
☐ Normal ☐ Hypoton, ange var: ☐ Hyperton, ange var:

Sensibilitet. Finns sensibilitetsbortfall?
☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Smärta. Har patienten smärta?
☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Trycksår. Har patienten trycksår?
☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Behandling. Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittande, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv

Sittförmåga. Patienten sittande på fast underlag med stöd för fötterna

☐ Utan stöd	☐ Handstöd	☐ Totalstöd
Kan sitta på plant underlag utan ryggstöd och med händerna fria	Sitter själv men behöver ta stöd med sina händer mot underlaget	Behöver stöd av annan person för att kunna sitta på t.ex. en brits

Bäckenet sett från sidan

☐ Neutral

☐ rörligt ☐ fixerat

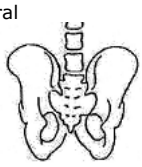
☐ Bakåttippat

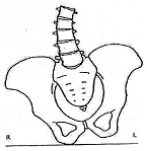
☐ rörligt ☐ fixerat

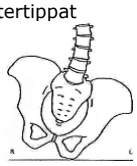
☐ Framåttippat

☐ rörligt ☐ fixerat

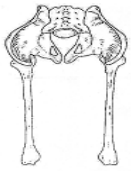
Sett framifrån

☐ Neutral

☐ rörligt ☐ fixerat

☐ Högertippat

☐ rörligt ☐ fixerat

☐ Vänstertippat

☐ rörligt ☐ fixerat

Sett ovanifrån

☐ Neutral

☐ rörligt ☐ fixerat

☐ Bakåtroterat åt höger

☐ rörligt ☐ fixerat

☐ Bakåtroterat åt vänster

☐ rörligt ☐ fixerat

Rygg enkel skiss, tex C eller S-form ange vy t.ex. framifrån, bakifrån eller från sidan.

Höft-knä-och fotleder

Har patienten rörlighet att i sittande:

	Höger		Vänster		Kommentar
Uppnå 90° i höftleden	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	
Abducera i höftleden	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	
Adducera i höftleden	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	
Uppnå 90° i knäleden	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	
Uppnå 90° i fotleden	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	

Fotledsortoser/ortoser	**Korsett**
Använder patienten fotledsortoser/ortoser	Använder patienten korsett
☐ Nej ☐ Ja	☐ Nej ☐ Ja, typ av korsett

Tidigare sittanpassning

Hur har den fungerat