Datum:

UPPFÖLJNING AV SITTANPASSNING

PATIENT			
Namn		**Förskrivningsdatum**	
Personnr		**Ortopedtekniskt företag:**	

Ansvarig konsulent:	

TYP AV SITTANPASSNING UTVÄRDERAS	
☐ **Sits**	
☐ **Rygg**	

HUR ANVÄNDS SITTANPASSNINGEN?
Hur länge har sittanpassningen använts?
Hur ofta används sittanpassningen?
Hur långa stunder används sittanpassningen?

VAD HAR UPPNÅTTS MED DEN NYA SITTANPASSNINGEN?
Upplevs sittanpassningen som komfortabel?
Har tonus reducerats?
Upplevs sittställningen som förbättrad?
Subjektiv:
Objektiv:
Förändras sittställningen under dagen?
Har rodnad eller tryckmärken uppstått?
Är det svårt att placera patienten i sitsen?
Kan patienten själv ändra sittställning?

UPPFÖLJNING AV SITTANPASSNING

INSPEKTION AV SITTENHETEN

Inspektera sitsen både med och utan klädsel. Har materialen slitits/deformerats? Beskriv hur och var.

VAL AV UNDERREDE

Fungerar underredet bra?

ALLMÄNT OMDÖME

KONKRETA FÖRSLAG PÅ FÖRÄNDRINGAR

UPPGIFTSLÄMNARE/FÖRSKRIVARE

Namn		**Titel:**	
Kombikakod			
E-post			
Telefonnr			
Önskar tid för uppföljning ☐ **Ja** ☐ **Nej**			

Hjälpmedel Stockholms anteckningar	
Scannad ☐	Ankomstreg ☐
Datum:	Signatur: