|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Underlag inför utprovning av rörelsehjälpmedelBilaga till beställningsblankett – Dalarnas Hjälpmedelscenter Uppgifterna dataregistreras | Ver 6  2023-03-23 |

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 hjm för omgivningskontroll/ larm | |
| 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 |