

# Region Östergötland och länets kommuner

## Checklista:

### Bedömning av arbetsterapeut inför ev förskrivning av elrullstol

<b>Brukare</b>	
Personnummer	Namn

#### Förflyttningsbehov och användningsområde

I vilka situationer ska elrullstolen användas?		
Inomhus <input type="checkbox"/>	Inomhus / Utomhus <input type="checkbox"/>	Utomhus <input type="checkbox"/>
Har brukaren haft elrullstol tidigare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Om Ja; när, vilken elrullstol, varför återlämnades den?		
Behov / trolig användningsfrekvens		
Dagligen <input type="checkbox"/>	3-5 gånger/vecka <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
Beskriv:		
Hur sker förflyttningar i dessa situationer idag (med hjälp av anhörig, kör egen bil, färdtjänst, skolskjuts etc)?		
Hur görs överflyttning till annat sittande?		

#### Förflyttningsförmåga / förflyttningssätt

(Rullstolsburen ute / inne, går med rollator, käpp etc.)
--

#### Allmän information (brukarens svar + egna observationer)

Syn
Hörsel
Kramper / epilepsi
Alkoholvanor
Övriga droger
Övrigt

# Region Östergötland och länets kommuner

## Funktionsstatus

Beskriv brukarens funktionsnedsättning (motorik, rörelseinskränkning, koordination, styrka, felställningar, spasticitet, tremor, bålstabilitet, huvudkontroll etc).

Styrsätt:	Brukarlängd	Brukarvikt
-----------	-------------	------------

## Psykiskt status

(egna observationer, journalutdrag, ev brukarsvar)

Ej aktuellt

## Kognitivt status

	Fördjupad bedömn. behövs	Kommentar	Ua
Spatial förmåga	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ouppmärksamhet/neglect	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Omdöme (logiskt tänkande, insikt)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Reaktionsförmåga	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Närminne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Simultankapacitet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Övrigt	<input type="checkbox"/>		



## Region Östergötland och länets kommuner

### Förvaringsutrymme

	Ja	Nej
Finns låst förvaringsutrymme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håller förvaringsutrymmet lägst + 5 grader C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns jordat eluttag för laddning i förvaringsutrymmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns behov av överflyttning i förvaringsutrymmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns behov av bostadsanpassning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansökan för bostadsanpassning inskickad den		

### Stödpersoner

	Ej aktuellt	Ja	Nej
Finns de stödpersoner som ev behövs (vårdnadshavare/anhörig/annan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej
Medicinska underlag från läkare klart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinska underlag: Medicinska hinder föreligger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Förskrivare

Namn	Tel.
Arbetsplats	

### Samlat bedömningsresultat

Ingen förskrivning <input type="checkbox"/>	Förskrivning med förlängd utprovningsperiod <input type="checkbox"/>	Förskrivning <input type="checkbox"/>
Datum		

### Brukarens mått (i de fall förskrivning är aktuellt)

Sittbredd	Sittdjup	Underbenslängd
-----------	----------	----------------