

Funktionsanalys sittande

Namn: Datum:

Ansvarig arbetsterapeut/fysioterapeut:.....

Diagnos/beskrivning av funktionsnedsättning:

.....
.....

Frågeställning:

.....
.....

Målbeskrivning:

.....
.....

Nuvarande sitthjälpmedel:

.....
.....

Om rullstol, kör brukaren själv: Ja Nej Kommentar:

Sensibilitet:

Smärta:

Trycksår:

Kommunikation:

Inkontinens:

Positionering över dygnet: *fördelning av tid i sittande/liggande/gående/stående*

Sittande:

Liggande:

Går/står:

Egna aktiviteter i sittande:

.....
.....

Passiv ledrörlighet: ange i grader

	Höger	Vänster	Kommentar
Höftflexion	_____°	_____°
Höftabduktion	_____°	_____°
Höftinåtrotation	_____°	_____°
Höftutåtrotation	_____°	_____°
Knäflexion	_____°	_____°
Hamstringsvinkel	_____°	_____°
Dorsalflexion med flekterat knä	_____°	_____°

Muskeltonus/spasticitet

	Höger			Vänster			Kommentar
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	
Höftflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höftextensorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäextensorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höftadduktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantarflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

.....

Huvud/nacke/huvudkontroll: felställningar, fixerade eller flexibla? Huvudkontroll?

.....

Rygg och bäcken: felställningar, fixerade eller flexibla?

.....

Höft/knä/fot: felställningar, fixerade eller flexibla?

.....

Övrigt:

.....

PPAS, postural förmåga sittande: kryssa det alternativ som stämmer in bäst

- = Kan inte placeras sittande
 = Kan placeras sittande men behöver stöd
 = Kan sitta utan stöd, men inte röra sig
 = Kan luta bålen lite framåt – bakåt innanför understödssidan
 = Kan göra tyngdöverföring lateralt och återgå till ursprungsläget (från ena bäckenhalvan till den andra)
 = Kan ta sig ur sittande (byta ställning tex ta tyngd på fötterna och lämna från britsen)
 = Kan ta sig i och ur sittande (tex till stående och tillbaks till sittande)

Kommentar:

.....

PPAS, asymmetrier ryggliggande

Ryggliggande, frontalt (Ja=1 poäng, Nej=0 poäng)			Ryggliggande, sagittalt (Ja=1 poäng, Nej=0 poäng)		
	Ja	Nej		Ja	Nej
Huvudet i medellinjen			Huvudet i medellinjen		
Bålen symmetrisk			Bålen i neutralläge		
Bäckenet neutralt			Bäckenet neutralt		
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet			Benen raka, sträckta höfter och knä		
Armarna vilande längs sidorna			Fötterna vilar i neutralläge		
Jämn viktfördelning			Jämn viktfördelning		
Totalpoäng			Totalpoäng		

Kommentar:

PPAS, asymmetrier sittande

Sittande, frontalt (Ja=1 poäng, Nej=0 poäng)			Sittande, sagittalt (Ja=1 poäng, Nej=0 poäng)		
	Ja	Nej		Ja	Nej
Huvudet i medellinjen			Huvudet i medellinjen		
Bålen symmetrisk			Bålen i neutralläge		
Bäckenet neutralt			Bäckenet neutralt		
Benen separerade och raka i förhållande till bäckenet			Höfterna böjda (90°)		
Armarna vilande längs sidorna			Knäna böjda (90°)		
Jämn viktfördelning			Fötterna i neutralläge/fotsulorna i golvet		
Totalpoäng					

Kommentar: