

<input type="checkbox"/>	Utprovning/förskrivning tillstyrkt av verksamhetsansvarig
--------------------------	---

<p><b>Mål och syfte med sittkonferensen (Specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbundet)</b></p> <p>Förskrivarens</p>          <p>Patientens</p>
<p><b>Beskriv patientens funktionsnedsättning/aktivitetsnedsättning</b></p>
<p><b>Frågeställning</b></p>
<p><b>Nuvarande hjälpmedel (skriv även vad som provats tidigare)</b></p>

<p><b>Beskriv miljön där hjälpmedlet används/ska användas</b></p>
---

Uppdaterad 20-02-13

**Hur gör patienten sina överflyttningar?**

**Hur framför patienten sin rullstol?**

**Kan patienten korrigera sin sittställning?**

**Har patienten eller har haft decubitus relaterat till sittande och skjuv?**

<b>Sittanpassning till</b>	
<input type="checkbox"/>	Befintlig stol/rullstol/dyna
<input type="checkbox"/>	Ny stol/rullstolar/dyna

<b>Personliga mått</b>	
Längd:	
Vikt:	
Sittbredd:	
Sittdjup:	
Underbenslängd:	

**Beskriv patientens position i sittande**

Bäcken (tippat, skevhet, rotation – rigid/flexibel)

Ryggen (lordos, kyfos, scolios – rigid/flexibel)

Huvud (i centrum, till höger, till vänster, protraherat, retraherat)

Höft (inskränkt flexion? Rotation)

Knä (kontrakturer, flexion/extentionsinskränkning)

Fotled (droppfot, flexion/extention)

**Deltagare vid sittkonferensen**