

Patienten har en smitta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

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

Beskriv miljön där hjälpmedlet används/ska användas
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?

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

Uppdaterad 230124