

Ordernr: _____

Checklista inför utprovning med ortopedfirmor

Har brukaren Sits/formgjuten sits sedan tidigare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Önskas kopiering av befintlig sits om den passar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

På vad ska den nya sitsen användas:		
Hygienstolschassi <input type="checkbox"/>	Rullstolschassi <input type="checkbox"/>	Arbetsstolschassi <input type="checkbox"/>
		Elrullstolschassi <input type="checkbox"/>
Ska sitsen flyttas mellan olika underreden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns det underrede?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ska nytt underrede beställas i samband med utprovning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ska underredet användas i färdtjänst	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Använder brukaren korsett?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hur länge har den använts? _____		
Är den på väg att ersättas inom en snar framtid?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ska korsetten användas i nya sitsen /formgjutna sitsen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Använder brukaren fotortoser	Bilat <input type="checkbox"/>	Vä <input type="checkbox"/>
		Hö <input type="checkbox"/>

Finns det planerade operationer inom kort framtid?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, när? _____		
Finns det angivna mått (se sittbilaga)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns det inskränkningar i rörligheten (se sittbilaga)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns det annan medicinsk behandling planerad:		
<input type="checkbox"/> PEG	Om ja, när? _____	
<input type="checkbox"/> Baklofenpump	Om ja, när? _____	
<input type="checkbox"/> Botox	Om ja, när? _____	

Behövs armstöd?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behövs bord?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Önskemål om anpassade nack-/huvudstöd?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sidostöd		
<input type="checkbox"/> Pannband		
<input type="checkbox"/> Montering av kontakter för styrning		

Är brukaren känslig för tryck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är brukaren extrem känslig för värme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är brukaren extrem känslig för kyla?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns det problem med inkontinens/läckage?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>