|  |
| --- |
| **BILAGAFormgjuten Sits/Sittdyna/Ryggdyna**OBS! Fyll även i konsultationsblankett för respektive sortiment. Blankett bifogas huvudkonsultationen. |

**FÖRSKRIVARE BRUKARE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kombikakod (11 tecken) | Datum | Personnummer |
| Namn | Titel | Namn |

|  |
| --- |
| Typ av hjälpmedel som sits/sittdyna/ryggdyna är aktuellt på |
| [ ]  Manuell rullstol | [ ]  Elrullstol | [ ]  Arbetsstol | [ ]  Hygienstol |

1. **Ärendet gäller**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sits [ ]  Sittdyna [ ]  Ryggdyna | **Endast justering av befintlig sits/sittdyna/ryggdyna** [ ] Obs! Gå vidare till punkt **12** |

1. **Brukaren har eller har haft formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna sedan tidigare?**[ ]  Ja [ ]  Nej

|  |
| --- |
| Om Ja- Hur har det fungerat?      |
| **Önskas, om möjligt, kopia av befintlig/tidigare använd formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna?**[ ]  Ja [ ]  Nej |

 **4. Vilket är syftet/målet med formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna?**

|  |
| --- |
| Syfte:      Mål:       |

# Har en riskanalys genomförts och innebär den specialanpassning som en formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna är, en ökad risk för brukare eller dess omgivning?[ ]  Ja [ ]  Nej

|  |
| --- |
| Om Ja – Vilken?      |

|  |
| --- |
| Initialer (brukarnamn)      |

# Är brukaren och nätverket kring brukaren informerade om vad det innebär att sitta med formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna?[ ]  Ja [ ]  Nej

1. **Ska formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna monteras på befintligt underrede/rullstol/elrullstol?**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  Ja, modell och individnummer:      | **[ ]**  Nej, nytt ska provas ut, varför:       |
| **[ ]** Det formgjutna hjälpmedlet ska kunna flyttas mellan olika underreden? Vilka?       |

Ska underredet/rullstolen användas i färdtjänst?
[ ]  Ja [ ]  Nej

1. **Använder brukaren ortopedtekniska hjälpmedel såsom korsett, fotortoser eller knäortoser?**

[ ]  Ja [ ]  Nej

|  |
| --- |
| Om Ja, ska dessa nyttjas i sittande? Ange vilket hjälpmedel samt höger/vänster eller båda:       |

1. **Finns planerad operation eller annan medicinsk behandling såsom PEG eller tonusreducerande behandling?** [ ]  Ja [ ]  Nej

|  |
| --- |
| Om Ja, vilken och när?       |

# Behövs tillbehör, vilka? (Armstöd, bord, huvud/nackstöd, pannband, sidostöd, alternativt styrsätt etc.)

|  |
| --- |
|       |

1. **Har brukaren smärta? Är brukaren känslig för tryck, värme/kyla? Finns eller har det funnits decubitus? Finns problem med läckage/inkontinens? Varierar brukarens vikt över tid?**

|  |
| --- |
| Ange vad:      |

|  |
| --- |
| Initialer (brukarnamn)      |

**JUSTERING AV BEFINTLIG FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA**

1. **Hur har formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna fungerat och hur gammal är den?**

|  |
| --- |
| Individnummer:           |

1. **Vilken typ av justering efterfrågas och varför?**

|  |
| --- |
| Ange vad:       |

1. **Information om brukaren:**

|  |
| --- |
| Har brukarens vikt /längd förändrats? Är viktförändring planerad? Är vikten nu stabil?      |

|  |
| --- |
| Har brukaren förändrats i kroppen, ange hur? (Scolios, kyfos, rörlighet, tonus etc.)       |

1. **Fungerar befintligt underrede/rullstol bra? Eller behöver det ses över i samband med justering av den formgjutna sitsen/sittdynan/ryggdynan? Hur och vad behöver ses över?**

|  |
| --- |
|       |