Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård.	☐ Ja	☐ Nej/Samtycke ej tillämpligt
Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.	☐ Nej	☐ Ja, vad:

KONSULTATION
gällande

☐ Gånghjälpmedel	☐ Trehjulig cykel (endast till barn)
☐ Träningshjälpmedel	☐ Annat, vad:

BEHOVSTRAPPA enligt hjälpmedelsguiden				
Ange behovstrappa	☐ Aktiviteter i dagliga livet	☐ Förflyttning	☐ Kommunicera	☐ Vård o behandling
Ange trappsteg	Välj steg	Välj steg	Välj steg	Välj steg

BESLUTSSTÖD enligt hjälpmedelsguiden					
Effekt/nytta:	☐ 0 (ingen)	☐ 1 (mycket liten)	☐ 2 (måttlig)	☐ 3 (stor)	☐ 4 (mycket stor)
Frekvens:	☐ 0 (extremt sällan)	☐ 1 (mycket sällan)	☐ 2 (sällan)	☐ 3 (ofta)	☐ 4 (mycket ofta)

FÖRSKRIVARE		**BRUKARE**	
Kombikakod (11 tecken)	Datum	Personnummer	
Namn	Titel Titel	Namn	
Arbetsplats		Adress	Portkod
Adress		Boendenamn	
Postnummer	Ort	Postnummer	Ort
Telefon (inkl riktnummer)	Mobil/direktnummer	Telefon	Mobil
E-post		Kontaktperson	Telefon
☐ Region ☐ Kommun ☐ Privat		☐ Särskilt boende ☐ Boende med särskilt stöd/LSS ☐ Eget boende	

INFORMATION OM BRUKARE

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Även ex. motorik, hand/armfunktion, kognition, syn och hörsel

Sodexo Hjälpmedelsservice Stockholm
Rissneleden 16B
174 88 SUNDBYBERG
☏ 08-5788 5200 🖷 013 – 27 78 05
info.hjalpmedelsservice.se@sodexo.com
www.sodexohjalpmedelsservice.se

Initialer (Brukarnamn):

MÅTT

Höftbredd		cm
Bålbredd		cm
Bålomkrets		cm
Underbenslängd		cm
Innerbenslängd		cm
Längd golv-armhåla		cm
Kroppslängd		cm
Kroppsvikt		kg

STATUS

Tonus
☐ Normal tonus ☐ Hypertonus, ange var: ☐ Hypotonus, ange var:

Finns sensibilitetsbortfall?
☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Har brukaren smärta?
☐ Nej ☐ Ja, ange var:

Finns trycksår?
☐ Nej ☐ Nej, men har haft ange var: ☐ Ja, ange var:

Använder brukaren:
Korsett: ☐ Nej ☐ Ja **Fotledsortoser:** ☐ Nej ☐ Ja **Övriga ortoser:** ☐ Nej ☐ Ja,vilka:

Har brukaren huvudkontroll?
☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Finns benlängdsskillnad?
☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Förekommer luxation?
☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Finns kontrakturer?
☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Har brukaren protes/er?
☐ Nej ☐ Ja Kommentar:

Överflyttning i och ur stol/elrullstol
☐ Utan assistans ☐ Med assistans ☐ Med lyft ☐ Annat:

Sittförmåga (enligt Hoffer M.M)
☐ Handsfri sittare (sitter längre stunder utan att använda händerna för att stödja sig)
☐ Handberoende sittare (en eller båda händer används för att ge stöd för att sitta)
☐ Oförmögen sittare (saknar all förmåga att sitta utan yttre hjälp)

Gång/förflyttningsförmåga (enligt GMFCS): Välj nivå

Kommentar/övrigt:

Behandling (Nuvarande och/eller planerad behandling som kan påverka sittandet/gåendet, t ex spasticitetsbehandling, operation, PEG osv)

ÖVRIGT GÄLLANDE STATUS

Initialer (Brukarnamn):

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

☐ Har inget hjälpmedel av denna typ.

☐ Nuvarande hjälpmedel finns:

Individnummer: **Modell:**

(Ifylles i förekommande fall:) Storlek:

Nuvarande tillbehör till hjälpmedel

☐ Bälte/Sele ☐ Nackstöd ☐ Ryggstöd ☐ Annat:

Hur ofta och hur länge använder brukaren sitt nuvarande gång/träningshjälpmedel?

Anledning till ev. byte

PROBLEMSTÄLLNING

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

ANVÄNDNING, OMRÅDE/MILJÖ

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska stolen/elrullstolen fungera?

☐ Inomhus ☐ Utomhus ☐ Hemmet ☐ Särskilt boende ☐ Daglig verksamhet

☐ Skola ☐ Förskola ☐ Färdtjänst ☐ Egen bil ☐ Annat:

Beskriv inomhusmiljön (t ex kritiska mått, trösklar, dörrbredd, hissmått, bordshöjd, sänghöjd)

Beskriv utomhusmiljön (t ex asfalt, backar, höga kanter, trafiksituation)

Övriga kritiska mått eller övrig information att ta hänsyn till:

☐ Inga övriga kritiska mått eller övrig information finns

☐ Annan kritisk information/mått finns (fyll i nedan):