

Checklista A1 Individuell bedömsbedömning elrullstol

Namn:	
Personnr:	

Problem som ska åtgärdas

.....
Vilken aktivitetsbegränsning och/eller delaktighetsinskränkning har patienten? Funktionsnedsättning? Orsaken till problemet?

.....
Har patienten gångförmåga?

.....
Konsultera behandlande fysioterapeut vid behov. Om patienten har gångförmåga ska obligatorisk gångtest av fysioterapeut utföras. Se checklista gångbedömning. Bör patienten röra på sig i stället för att köra elrullstol?

Finns sittproblem? Ja Nej

Trycksårsproblem? Ja Nej

Övrigt:
.....

Aktivitet? Delaktighet? Omgivningsfaktorer?

Hur löser patienten problemet idag? Patientens upplevelse av problemet?
Hur sker förflyttning i dessa aktiviteter/ miljöer idag? Andra alternativa förflyttningssätt?

.....
Hur sker överflyttningar idag? Vilka överflyttnings- förflyttningshjälpmedel används?

.....
Frekvens vid vilket problemet uppstår?

- Hela året Viss del av året
 Några gånger/ år Varje månad
 Enstaka gång/ vecka Flera ggr/ vecka Varje dag

Har patienten haft elrullstol tidigare? Ja Nej

Om Ja, när, vilken elrullstol och varför återlämnades den?

Nytt behov Rullstolen utsliten Förändrat behov, byte av modell

Samråd med läkare

Du som arbetsterapeut ska samråda med läkare inför förskrivning av elrullstol. Samrådet ska ske mellan arbetsterapeut och läkare, det kan ske muntligt eller skriftligt. Informationsbrev/ checklista för läkarutlåtande kan användas i samrådet.

Läkarsamråd Ja Nej Kommentar:

Kan elrullstol förskrivas utan skaderisk?

I vilka aktiviteter/ vilken miljö ska elrullstolen användas?

.....

Har patienten en omgivning som kommer att underlätta/stödja? Anhöriga, personal?

.....

Mål med förskrivning av elrullstol?

.....

Förväntad patientnytta?

.....

Omgivningsfaktorer

Inomhus	Fungerar	Åtgärdas
Trösklar / nivåskillnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dörrbredder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vändutrymme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trappor/hiss ramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Låst förvaringsutrymme, temp lägst +5°	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns eluttag för laddning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Förflyttning till förvaringsplats?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Överflyttning till elrullstol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Behövs bostadsanpassningsåtgärder?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Övrigt:

Andra inomhusmiljöer (skola, affär, anhörigbostad mm)

Utomhus

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Landsbygd | <input type="checkbox"/> Stadsmiljö | <input type="checkbox"/> Järnvägsövergång (risker?) |
| <input type="checkbox"/> Landsvägskörning | <input type="checkbox"/> Höga kanter | <input type="checkbox"/> Plant |
| <input type="checkbox"/> Gång/cykelbana | <input type="checkbox"/> Asfalterat | <input type="checkbox"/> Gräs / grus |
| <input type="checkbox"/> Backar/ kuperat | <input type="checkbox"/> Transport i bil | |

Trolig användningsfrekvens:

.....

Krav på elrullstolen / val av elrullstol

- Inomhusrullstol Kombinerad Utomhusrullstol

Manövrering

- Manuell styrning Joystick Vårdarstyrning Annan styrning
- höger vänster Hastighet Omgivningskontroll

Sittenhets

Hur lång tid kommer patienten att sitta i stolen?

- mindre än 2 timmar 2-4 timmar
- 4-8 timmar mer än 8 timmar

Mått på elrullstol

- | | | |
|---------------------------|--|--|
| Sittbredd (cm) | <input type="checkbox"/> Man. sitsvinkling | <input type="checkbox"/> El. sitsvinkling (tilt) |
| Sittdjup (cm) | <input type="checkbox"/> Man. ryggvinkling | <input type="checkbox"/> El. ryggvinkling |
| Sitthöjd (cm) | <input type="checkbox"/> Man. benstöd | <input type="checkbox"/> El. benstöd |
| Rygghöjd (cm) | <input type="checkbox"/> Höftbälte | <input type="checkbox"/> El. sitslyft |
| Ryggbredd (cm) | <input type="checkbox"/> Bröstmål | <input type="checkbox"/> Kryckkåphållare |
| Underbenslängd (cm) | <input type="checkbox"/> Nackstöd | |
| Brukarvikt | <input type="checkbox"/> Bålstöd | |