

Checklista A1 Individuell behovsbedömning elrullstol Steg 1

Namn:	
Personnr:	

Problem som ska åtgärdas

.....

Mål med förskrivning av elrullstol

.....

Hälsotillståndets svårighetsgrad

Vilken aktivitetsbegränsning/delaktighetsinskränkning har patienten?

.....

Funktionsnedsättning? Diagnos?

.....

Hur ofta uppstår problemet? (en gång/vecka, flera ggr/vecka, del av året, hela året)

.....

Har patienten gångförmåga? Ja Nej

Om patienten har gångförmåga och ska köra elrullstolen själv är gångbedömning obligatorisk. Bör patienten röra på sig i stället för att köra elrullstol? Konsultera fysioterapeut. Se checklista gångbedömning.

Förväntad patientnytta

.....

Aktivitet/Delaktighet

Patientens upplevelse av problemet?

.....

Hur löser patienten problemet idag? (Hur sker förflyttning i dessa aktiviteter/ miljöer idag?)

.....

Vilka förflyttningshjälpmedel har patienten? Hur sker överflyttningar? Är personen självständig i att tex ta på sig ytterkläder?

.....

Finns andra alternativa förflyttningssätt? (rollator, rullstol, cykel, bil, buss, färdtjänst etc.)

.....

Omgivningsfaktorer

Nytt behov Rullstolen utsliten Förändrat behov

Har patienten haft elrullstol tidigare? Ja Nej

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

Bostaden

Låst förvaringsutrymme, temp lägst +5° Ja Nej

Finns eluttag för laddning? Ja Nej

Fungerar förflyttning till förvaringsplats? Ja Nej

Fungerar överflyttning till elrullstol i förvaringsutrymmet?
 Ja Nej

Behöver bostaden anpassas? (trösklar, dörrbredder, ramp, hiss, förvaringsutrymme, dörrautomatik, snöröjning) Ja Nej

Om Ja, vilka anpassningar?

Andra miljöer

I vilka andra inomhusmiljöer ska elrullstolen användas? (tillgänglighet i dessa miljöer)

Hur ser utomhusmiljön ut? (trafiksäkerhet, trafikmiljö, hastighet på aktuella vägar, finns gång- och cykelbanor mm)

Personligt stöd i omgivningen

Har patienten en omgivning som kommer att underlätta och stödja, anhöriga, eller personal?

Arbetsterapeutens samråd med läkare (gäller inte vårdarstyrd elrullstol)

Du som arbetsterapeut ska samråda med läkare inför förskrivning av elrullstol. Samrådet kan ske muntligt eller skriftligt. Checklista A4 Läkarnutlåtande elrullstol ska användas som underlag.

Efter läkarsamråd ska du ta ställning till om elrullstol kan förskrivas utan skaderisk.

Steg 2 Inför beställning

Krav på elrullstolen/ val av elrullstol

Inomhusrullstol Utomhusrullstol Kombinerad

Patientens förmåga att manövrera/ styrsätt:

Manuell Joystick Vårdarstyrning Annat styrsätt

Höger Vänster Omgivningskontroll Hastighet

Sittenhets

Finns sittproblem? Beskriv

.....

Finns trycksårsproblem? Beskriv

.....

Hur långa pass kommer patienten att sitta i stolen?

.....

Annat behov:

.....

Utomhusmiljö

Landsbygd Gång/cykelbana Stad

Backar/ kuperat Plant Höga kanter

Järnvägsövergång (risker) Asfalterat Gräs / grus

Funktioner och tillbehör

Sitsvinkling manuell el

Ryggvinkling manuell el

Benstöd fast vinkel vinkelställbara el

Armstöd standard annat

Bälte säkerhet positionering bröstbälte

Nackstöd standard annat

Bålstöd ja nej

Elsitslyft ja nej

Kryckkäpphållare ja nej

Andra tillbehör

Sitthöjd (cm)

Max mått på elrullstol (dörrbredd, hiss)

Kroppsmått:

Sittbredd (D): _____ cm

Sittdjup (B) hö _____ vä: _____ cm

Bålbredd (E): _____ cm

Underbenslängd (C): _____ cm

Sits – axill (A): _____ cm

Sits – C7 (F): _____ cm

Vikt: _____ kg

