

Konsultation - Sitteamet

Datum	Akut behov Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Patient	Rem personal
Pers.nr	Yrkestitel
Adress	Arb.plats
Anhörig/kontaktperson	Adress
	Telefon
Telefon	Mail

Diagnos: _____

Aktuella hjälpmedel: (rullstol och sittdyna) _____

Sittställning/sittproblem: (Ange brukarens position i sittande) _____

STATUS

Bäcken- ryggposition: _____

Eventuella deformiteter: (höft, rygg, nacke) _____

Neurologi: (sensibilitet, spasticitet, reflexer) _____

Ledrörlighet	Vänster	Höger
--------------	---------	-------

Ledrörlighet	U a	Ngt inskr	Mkt inskr	U a	Ngt inskr	Mkt inskr
Höftled						
Knäled						
Fotled						

Använder brukaren korsett: Ja Nej

Har brukaren trycksår: Ja Nej

Var? _____

Hur många timmar per dag sitter brukaren i rullstolen: _____

Kan brukaren korrigera sin sittställning själv? Ja Nej

Överflyttning till rullstol: _____

Förflyttning i rullstolen: (Kör brukaren själv, i vilken miljö) _____

I vilka aktiviteter används rullstolen: _____

Målsättning med remissen: (Vad är målet med sittandet) _____

Övrigt: _____

Remissen skickas till: Sitteamet
Hjälpmiddelskonsulenter
Länsenheten Särskilt stöd
Köpmangatan 37
972 33 Luleå