

## 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