



Nationellt uppföljningsprogram - CPUP – Vuxen

(Om detta är första CPUP-bedömningen ersätts ”sedan föregående bedömningstillfälle” med ”under senaste året”)

Personnummer _____ Civilstånd _____ Antal barn _____
Efternamn _____ Förnamn _____
Arbete/Studier/Sysselsättning _____
Personen tillhörande region _____
Personens distrikt _____
Bedömningsdatum (år – mån – dag) _____
Bedömning utförd av _____ Arbetsplats: _____

Dominerande neurologiskt symptom: Spasticitet Dyskinesi Ataxi Blandform

Klassifikation av handfunktion enligt MACS: I II III IV V

Grovmotorisk klassifikation GMFCS-E&R: I II III IV V

Functional Mobility Scale (FMS).

Be personen att uppskatta **vanligast** förekommande funktionella förflyttning **vid samtliga tre** avstånd nedan. Ange **en** gradering vid respektive avstånd.

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500meter

N= Inte tillämbart; t.ex. personen fullföljer inte avståndet.

C= Kryper: Personen kryper vid förflyttning i hemmet (5 m)

1= Använder rullstol: Kan ev. stå vid förflyttningar, kan ev. ta några steg med hjälp av annan person eller rollator/stöd.

2= Använder rollator eller stöd; utan hjälp av annan person.

3= Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person.

4= Använder käppar (en eller två); utan hjälp av annan person.

5= Självständig gång på jämnt underlag; använder inte gånghjälpmedel eller hjälp av annan person*.

Behöver ledstång vid trappgång.

*Om möbler, väggar, staket, skyltfönster används som stöd, anges siffran 4 som korrekt beskrivning.

6= Självständig gång på alla underlag; använder inga gånghjälpmedel eller hjälp från annan person när personen går på olika underlag inklusive ojämn mark, trottoarkant och i folksamlingar.

Funktionsklass enligt House 0-8	Hö _____	Vä _____
Dominant hand	Hö	Vä Båda
Har bimanuell förmåga	Ja	Nej

Aktiv ledrörlighet				
Når nacken med handen	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Når munnen med handen	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Når rygglutet med handen	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Stödjer sig på hand/arm vid uppresning från sittande	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Kan aktivt supinera	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Aktiv supination	Höger	___	Vänster	___

Tumme				
Stramhet vid volarabduktion	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Thumb in palm	Höger: Ja	Nej	Vänster Ja	Nej
Klassifikation av thumb-in-palm enligt House Typ I-IV	Höger	_____	Vänster	_____
Kommentar:				

Samtidig handleds- och fingersträckning				
Enligt Zancolli grupp 1, 2A, 2B eller 3	Höger	_____	Vänster	_____
Spasticitet föreligger varken i handleds- eller fingerböjare	Höger:		Vänster	
Handleds- och fingersträckning kan ej bedömas enligt Zancolli	Höger:		Vänster	
Kommentar:				

Liggande - vanligast förekommande vilo- och sovställning

Ryggliggande

Magliggande

Sidliggande hö

Sidliggande vä

Annan

Kommentar: _____

Ligger antal timmar per dygn: <8 tim 8-12tim >12 tim

Bibehålla position i liggande: kan självständigt medverkar helt beroende av hjälp**Ändra** position i liggande: kan självständigt medverkar helt beroende av hjälp**Har positionerande hjälpmedel** Nej Ja

Kuddar Ställbar säng Liggskal Annat

Kommentar:**Sittande - vanligast förekommande**

Sitter ej

Formgjuten sits

Rullstol (med tilt)

Rullstol (utan tilt)

Arbetsstol

Vanlig stol

Sitter antal timmar per dygn: <8 tim 8-12tim >12 tim

Uppresning till och från sittande - vanligast förekommande

Utan stöd (tillåter kroppseget stöd). Med stöd (tillåter allt stöd såsom t.ex. väggar, möbler och personer).

utan stöd med stöd klarar ej

Uppresning till stående från sittande på golv

Från stående sätta sig på golv

Uppresning från sittande på stol till stående

Från stående sätta sig på stol

Stående

Står ej

Står själv endast med hjälpmedel (inkl även stöd av möbler och väggar)

Står själv utan hjälpmedel (tillåter kroppseget stöd)

Använder ståhjälpmedel	Ja	Nej		
Dagar per vecka:	1-2	3-4	5-6	7
Gånger per dag:	1	2	3	>3
Antal timmar per dag:	<1	1-2	3-4	>4

Typ av ståhjälpmedel:

Tippbräda / Ståstöd Ståskal Stårullstol Annat

Ståhjälpmedel används i kombination med: Ortoser /skenor Korsett**Förflyttning i trappor****Går uppför trappa**

nej

med levande stöd+ledstång

med levande stöd

med hjälp av ledstång

utan stöd

Går nedför trappa

nej

med levande stöd+ledstång

med levande stöd

med hjälp av ledstång

utan stöd

Använder elhiss Ja Nej**Förflyttning-Rullstol****Inomhus - vanligast förekommande** (komplement till FMS)

Manuell rullstol: Använder ej kör själv blir körd

Elektrisk rullstol: Använder ej kör själv blir körd

Utomhus - vanligast förekommande (komplement till FMS)

Manuell rullstol: Använder ej kör själv blir körd

Elektrisk rullstol: Använder ej kör själv blir körd

Ortoser Flera alternativ kan anges.

Använder personen ortoser? Nej Ja

Typ	För funktion		För kontrakturprofylax - användningstid /dygn			
	Hö	Vä	Hö	Vä	< 6 tim/	≥ 6 tim

1. Armbåge
2. Handled
3. Tumme
4. Helhand / viloortos
5. Supinatonsortos

6. AFO dag
7. AFO natt

8. Annan typ _____

Uppfyller ortosen sin funktion? Ja- Ortos nummer _____ Nej – Ortos nummer _____

Varför _____

Har hudirritation/sår uppstått i samband med användning av ortosen? Nej Ja Ortos nr _____

HJÄLPMEDEL för förbättrad förmåga att använda händerna

Aktuella hjälpmedel eller anpassning för
att förbättra förmågan att använda händerna

ja nej

Vilka (se manual): _____

Smärta

Frågorna är besvarade av personen själv av någon i personens omgivning

Upplever personen själv eller någon i dess omgivning, att personen har ont? Nej Ja

Om ja var? Huvud, nacke Rygg Armar, händer Höfter Knä Fötter
Tänder Mage Tryck Hudsår

Annat _____

Om ja: Hur mycket värk eller smärta har Du haft under de senaste fyra veckorna?

Ingen
Mycket lätt
Lätt
Måttlig
Svår
Mycket svår

Om ja: Under de senaste fyra veckorna hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och andra dagliga sysslor)?

Inte alls
Lite
Måttligt
Mycket
Väldigt mycket

Fraktur - har personen sedan föregående bedömningstillfälle haft någon fraktur?

Nej Ja Var? _____

Spasticitet/Muskeltonus

Saxning vid gång / aktivitet ingen lätt uttalad

Saxning i vila ingen lätt uttalad

Fotklonus Höger Nej Ja Vänster Nej Ja

Handklonus Höger Nej Ja Vänster Nej Ja

Skattning av muskeltonus i vila enligt Mod Ashworthskala (se även manual)

0=ingen förhöjd muskeltonus; 1=lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch and release" eller som ett minimalt motstånd i slutet av rörelsebanan; +1=lätt förhöjning av muskeltonus, visar sig som "catch" följt av minimalt motstånd genom resten av rörelsebanan (mindre än hälften av rörelseomfånget); 2=mer markant förhöjning av muskeltonus genom större delen av rörelsebanan, men rörelsen är fortfarande lätt att utföra; 3=avsevärd förhöjning av muskeltonus, svårt att utföra passiva rörelser; 4=stelhet vid flexion eller extension av kroppsdelen.

Hö	Vä
0 1 +1 2 3 4	0 1 +1 2 3 4

Armbågsflexorer

Adduktorer

Knäflexorer

Plantarflexorer

Kommentar:**Operationer och tonusreducerande behandling**

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle genomgått operation? Nej Ja

Vilken/vilka operationer?

Datum

Har personen sedan föregående bedömningstillfälle fått Botulinumtoxin? Nej Ja

Vilka muskler?

Datum

Behandlas personen med tonusreducerande medicin som t.ex. Baklofen? Nej Ja

Passiv ledrörlighet – för standardiserade utgångsställningar se manual

	Hö	Vä	Avviker från standardiserad Utgångsställning	
Axel				
Abduktion	___ °	___ °	Nej	Ja
Flexion	___ °	___ °	Nej	Ja
Utåtrotation	___ °	___ °	Nej	Ja
Inåtrotation	___ °	___ °	Nej	Ja
Armbåge				
Extension	___ °	___ °	Nej	Ja
Flexion	___ °	___ °	Nej	Ja
Underarm				
Supination	___ °	___ °	Nej	Ja
Pronation	___ °	___ °	Nej	Ja
Handled				
Extension	___ °	___ °	Nej	Ja
Extension med raka fingrar	___ °	___ °	Nej	Ja
Flexion	___ °	___ °	Nej	Ja
Ulnardeviation	___ °	___ °	Nej	Ja
Radialdeviation	___ °	___ °	Nej	Ja
Höft				
Abduktion	___ °	___ °	Nej	Ja
Inåtrotation	___ °	___ °	Nej	Ja
Utåtrotation	___ °	___ °	Nej	Ja
Extension	___ °	___ °	Nej	Ja
Knä				
Hamstringsvinkel	___ °	___ °	Nej	Ja
Extension	___ °	___ °	Nej	Ja
Fotled				
Dorsalflexion vid flekterat knä.	___ °	___ °	Nej	Ja
Dorsalflexion vid extenderat knä.	___ °	___ °	Nej	Ja
Bedömning - fot				
Belastad höger hääl är:			Kan belasta båda fötterna: Nej Ja	
Normal	Varus	Valgus	Belastad vänster hääl är:	
			Normal	Varus Valgus

Bedömning – ryggliggande (se manual)

Huvudet i medellinje	ja	nej
Bålen symmetrisk	ja	nej
Benen raka i förhållande till bäckenet	ja	nej
Benen separerade	ja	nej
Armarna vilande längs med sidorna	ja	nej
Vikten jämnt fördelad	ja	nej

Kommentar:**Bedömning – sittande på brits** (se manual)

Bedömd i sittande utan stöd	Bedömd i sittande med stöd	
Huvudet i medellinje	ja	nej
Bålen symmetrisk	ja	nej
Benen separerade och i neutralt läge	ja	nej
Armarna vilande längs med sidorna	ja	nej
Båda fotsulorna i golvet	ja	nej
Vikten jämnt fördelad	ja	nej

Kommentar:**Bedömning - rygg** (se manual)

Skoliosopererad	Ja	(om ja , bedömning nedan ej obligatorisk)	Nej
Bedömd i	stående	sittande på brits	liggande
Har skolios	Nej	Ja	
	Hö	Vä	
Thorakal	konvex	konvex	
Thorakolumbal	konvex	konvex	
Lumbal	konvex	konvex	
Skoliosen är:	korrigerbar		ej korrigerbar
Skoliosen bedöms vara:	lätt	måttlig	uttalad

Korsett

Använder korsett? Nej Ja

Avsikten med korsetten är att vara:

Stödjande Korrigerande Stödjande och korrigerande

Användningstid timmar per dag < 6 tim ≥ 6 tim

Har korsetten avsedd effekt? Nej Ja

Om nej, varför? _____

Bedömning – stående (se manual)

Huvudet i medellinje ja nej

Bålen symmetrisk ja nej

Benen raka i höft och knä ja nej

Benen separerade ja nej

Båda fotsulorna i golvet ja nej

Vikten jämnt fördelad ja nej

Kommentar: _____**Arbeterapeutiska insatser med inriktning mot handfunktion sedan förra mättillfället eller under senaste året om detta är första CPUP-bedömningen**

Handträning/handledning i samband med

Botulinumtoxin eller handkirurgi ja nej

Handträning, se manualen ja nej

Handledning, se manualen ja nej

Alternativ behandling som påverkat handfunktionen

Vilken? _____ ja nej

Finns mål avseende handfunktion? ja nej

Är målen uppfyllda? ja delvis nej

Kommentar:

Fysioterapi sedan förra mättillfället eller under senaste året om detta är första CPUP-bedömningen

Har person någon regelbunden kontakt med sjukgymnast? nej ja

Vem: _____

Var: Barn och ungdomshabiliteringen Vuxenhabiliteringen Primärvård Kommun

Annat Kommentar: _____

Om ja, hur ofta har det vanligtvis skett?

Varje vecka Varje månad Varje halvår Varje år

Har personen själv utfört eller fått hjälp att utföra träningsprogram som är utformat i samråd med sjukgymnast? Nej Ja

Har personen haft en eller flera träningsperioder med en högre intensitet sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Har personen haft dokumenterade konkreta uttalade mål? Nej Ja

Fysisk aktivitet

Har personen **sedan föregående bedömningstillfälle** regelbundet deltagit och utfört **fysiska** Idrotts- och fritidsaktiviteter? Nej Ja

Om ja, hur ofta har det vanligtvis skett?

mindre än 1 gång/vecka 1-2 ggr/vecka 3-5 ggr/vecka

Vilken/vilka fysiska **fritidsaktiviteter**?

Promenader Stavgång Cyklar Simning Ridning Fotboll Dans
Styrketräning Gymnastik Skidåkning Skridsko Basket Boccia
Bågskytte Kälkhockey Orientering

Annat _____

Nutritionstatus

Längd _____ cm Mätt i stående liggande på mätbräda liggande - måttband
Längden osäker/svårsmätt Ja Nej

Vikt _____ kg Mätt stående på våg sittvåg liftvåg i famnen

Hudveckstjocklek i höjd med naveln, rakt under bröstvårtan (navelhöjd/mamillarplan) uppskattas till mindren än 0,5 cm, närmast avsaknad av underhudsfett
Hudvecket kraftigare, dvs. underhudsfett finns på buken

Har gastrostomi Ja Nej

Har Baklofenpump Ja Nej

Kommentar:

När är senaste höfröntgen gjord? _____ Var? _____

När är senaste ryggröntgen gjord? _____ Var? _____

Har CPUP-undersökningen medfört förslag till åtgärder? Vad?

Övriga kommentarer?