

## Ergoterapeut protokol

Anvendes sammen med Manual 14.06.2022



Cpr. nr.	_____ - _____		
Efternavn	_____	Fornavn	_____
Region	_____	Kommune	_____

Dato for vurdering	_____ (år – måned – dag)
Vurdering er udført af	_____ (Fornavn – Efternavn)
Mail adresse	_____

<b>Dominerende neurologisk symptom</b>
Spasticitet <input type="checkbox"/> Dyskinesi <input type="checkbox"/> Ataxi <input type="checkbox"/> Ikke klassificerbar eller blandingsform <input type="checkbox"/>

<b>Klassifikation af kommunikation i flg. CFCS I- V</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____				
Barnet anvender følgende kommunikationsmetoder (Sæt kryds ved alle metoder, som anvendes)					
<input type="checkbox"/> Tale					
<input type="checkbox"/> Lyde (eksempelvis "aaah" for at få samtalepartners opmærksomhed)					
<input type="checkbox"/> Blikretninger, ansigtsudtryk, gestik, og/eller pegning (f.eks. med en arm eller et ben, en pind eller med laser)					
<input type="checkbox"/> Manuelle tegn					
<input type="checkbox"/> Kommunikationsbog, -tavle og/eller billeder					
<input type="checkbox"/> Talemaskiner					
<input type="checkbox"/> Andet:	_____				



<b>Klassifikation af spise og drikkeevne i flg. EDACS I-V</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
<b>Niveau for nødvendig assistance</b>	Selvstændig <input type="checkbox"/>	Behov for assistance <input type="checkbox"/>	Fuldt afhængig <input type="checkbox"/>		
Kommentarer: _____					

<b>Klassifikation af håndfunktion i flg. Mini-MACS I-V (Børn under 4 år)</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
<b>Klassifikation af håndfunktion i flg. MACS I-V</b>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____					

<b>Klassifikation af håndfunktion i flg. Modifieret HOUSE 0-8</b>	Højre _____	Venstre _____	
<b>Dominerende hånd</b>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____			

**Bilateral håndfunktion**

Har bilateral håndfunktion

Har ingen bilateral håndfunktion, anvender aldrig hænderne sammen

Kommentarer: \_\_\_\_\_



### Vurdering af ledbevægelighed

Vurdering af indadrotation og udadrotation i skulderen udføres liggende. Øvrige målinger af skulder kan udføres liggende eller siddende.

Skulder	Højre	Stramhed forekommer		Venstre	Stramhed forekommer		Barnet er undersøgt i	
		Ja	Nej		Ja	Nej	Siddende	Liggende
Abduktion > 160°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleksion > 160°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udadrotation 90°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indadrotation 80°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____								
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen							Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Albue	Højre	Stramhed forekommer		Venstre	Stramhed forekommer	
		Ja	Nej		Ja	Nej
Ekstension 0°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Fleksion 150°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____						
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen					Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Underarm	Højre	Stramhed forekommer		Venstre	Stramhed forekommer	
		Ja	Nej		Ja	Nej
Supination 90°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Pronation 90°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<i>Måling af aktiv supination</i>	Højre	0°		Venstre	0°	
Aktiv Supination	_____ °	<input type="checkbox"/> Kan <u>Ikke</u> aktivt		_____ °	<input type="checkbox"/> Kan <u>Ikke</u> aktivt	
Kommentarer: _____						
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen					Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>



<b>Håndled</b>	Højre	Stramhed forekommer	Venstre	Stramhed forekommer
Ekstension med bøjede fingre				
70°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ekstension med strakte fingre til fingrene begynder at flekere				
	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ekstension med strakte fingre til maksimal position				
	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fleksion 80°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ulnarfleksion 30°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Radialfleksion 20°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentar:	_____			
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen				Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

<b>Tommelfinger</b>	Højre		Venstre	
	Stramhed forekommer		Stramhed forekommer	
Abduktion (volarabduktion)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____			

<b>Tommelfingerens stilling</b>	Højre	Venstre
Ingen thumb-in-palm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassifikation af thumb-in-palm med modificeret House I-IV	Højre _____	Venstre _____
Kommentarer:	_____	

<b>Samtidig ekstension af håndled og fingre</b>	Højre	Venstre
Med Zancolli gruppe 1, 2A, 2B eller 3	_____	_____
Kan aktivt ekstendere fingrene fuldt med håndleddet ekstenderet 20° eller mere	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Håndleds- og fingerekstension kan ikke vurderes med Zancolli	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____	



### Ergoterapi

Har barnet siden seneste registrering fået ergoterapeutiske indsatser udover CPOP vurderingen?

Ja  Nej

Hvis det er mere end 1 år siden seneste CPOP vurdering, angives indsatser det seneste år.

### Intervention på aktivitets- og deltagelsesniveau

<i>Indsatser (Personlig pleje)<sup>1</sup></i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem<sup>2</sup></i>
<input type="checkbox"/> <b>Personlig hygiejne</b>	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
<input type="checkbox"/> <b>Af- og påklædning</b>	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> <b>Toiletbesøg</b>	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> <b>Spise og drikke</b>	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre <input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

  

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> <b>Træning af arm- og håndfunktion<sup>3</sup></b>	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidig med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidig med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre <input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

<sup>1</sup> Flere indsatsområder kan vælges.

<sup>2</sup> Hvordan er indsatsen gennemført og hvem har varetaget indsatsen?

<sup>3</sup> Træningen er gennemført regelmæssigt i en begrænset periode med et træningsprogram udarbejdet af ergoterapeuten.



### Intervention på aktivitets- og deltagelsesniveau (fortsat)

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> <b>Opgaveorienteret træning af arm- og håndfunktion<sup>4</sup></b>	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidigt med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidigt med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> <b>Modificeret CI-terapi<sup>5</sup></b>	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidigt med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidigt med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> <b>Bi-manuel træning<sup>6</sup></b>	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidigt med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidigt med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

<sup>4</sup> Færdigheder relateret til håndfunktionen som fx knappe, skrive, tegne, binde

<sup>5</sup> Arm og håndtræning efter en specifik metode eller koncept i en begrænset periode.

<sup>6</sup> Arm og håndtræning efter en specifik metode eller koncept i en begrænset periode.



### Intervention på aktivitets- og deltagelsesniveau (fortsat)

<i>Indsats</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> <b>Råd- og vejledning</b>	<input type="checkbox"/> Alene
<input type="checkbox"/> Mundtlige	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Skriftlige	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
	<input type="checkbox"/> Forældre
	<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____	
Er målene opfyldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis	

### Indsats: Kropsfunktions niveau

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> <b>Udspænding</b>	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Skulder abduktion/fleksion	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Skulder rotation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
<input type="checkbox"/> Albue ekstension / fleksion			<input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Underarm supination/pronation			
<input type="checkbox"/> Håndled ekstension/fleksion			
<input type="checkbox"/> Håndled ekstension med strakte fingre			
<input type="checkbox"/> Håndled ulnar og radial fleksion			
<input type="checkbox"/> Tommel ekstension/abduktion			
<input type="checkbox"/> Samtidig med Btx			
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis			

### Anden behandling

hvilken? \_\_\_\_\_



### Ortoser

Har ortose  Ja  Nej  Har ortose, men anvender den ikke

Afkryds hvilke led/kropsdele ortosen har til formål at påvirke, og om målet er at påvirke aktiv håndfunktion (funktion) eller ledbevægeligheden (passiv udspænding):

	<i>Til at forbedre funktion</i>		<i>Til passiv udspænding</i>	
Albue	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Underarm	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Håndled	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Tommelfinger	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Fingre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Anvendelsestid af ortoser til passiv udspænding	<input type="checkbox"/> $\geq 6$ timer/døgn		<input type="checkbox"/> $< 6$ timer/døgn	

Kommentarer: \_\_\_\_\_

### Hjælpemidler

Har barnet aktuelt hjælpemidler eller tilpasninger for at forbedre evnen til at bruge hænderne

Ja  Nej

Hvis ja, hvilke hjælpemidler?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til måltid            | <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til styring/aktivering af computer |
| <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til hygiejne          | <input type="checkbox"/> Skridsikkert underlag                           |
| <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til af- og påklædning | <input type="checkbox"/> Siddehjælpemiddel                               |
| <input type="checkbox"/> Udpegningshjælpemiddel             | <input type="checkbox"/> Ståhjælpemiddel                                 |
| <input type="checkbox"/> Skrivehjælpemiddel                 | <input type="checkbox"/> Greb til at stabilisere sig ved                 |
|   | <input type="checkbox"/> Andre   |





### Håndkirurgi og Botulinum toxin

Er barnet blevet opereret i hånd eller arm?  Ja  Nej

Dato

Hvilken eller hvilke operationer?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Er barnet behandlet med Botulinum toxin i overekstremiteterne?  Ja  Nej

Dato

*Behandlede muskler:*

#### Højre

- Ukendt hvilke muskler
- 1. Skuldermuskler**  
Deltoideus  
Subscapularis  
Supraspinatus  
Infraspinatus  
Pectoralis major/minor
- 2. Albuemuskler**  
Biceps brachii  
Brachialis  
Brachioradialis
- 3. Pronatormuskler**  
Pronator teres  
Pronator quadratus
- 4. Håndledsmuskler**  
Flexor carpi ulnaris  
Flexor carpi radialis  
Extensor carpi ulnaris  
Extensor carpi radialis longus/brevis
- 5. Fingermuskler**  
Flexor digitorum profundus  
Flexor digitorum superficialis  
Interossei / lumbricales
- 6. Tommelens muskler**  
Adduktor pollicis  
Flexor pollicis longus  
Flexor pollicis brevis  
Opponens pollicis
- Andre muskler**  
Andre muskler

#### Venstre

- Ukendt hvilke muskler
- 1. Skuldermuskler**  
Deltoideus  
Subscapularis  
Supraspinatus  
Infraspinatus  
Pectoralis major/minor
- 2. Albuemuskler**  
Biceps brachii  
Brachialis  
Brachioradialis
- 3. Pronatormuskler**  
Pronator teres  
Pronator quadratus
- 4. Håndledsmuskler**  
Flexor carpi ulnaris  
Flexor carpi radialis  
Extensor carpi ulnaris  
Extensor carpi radialis longus/brevis
- 5. Fingermuskler**  
Flexor digitorum profundus  
Flexor digitorum superficialis  
Interossei / lumbricales
- 6. Tommelens muskler**  
Adduktor pollicis  
Flexor pollicis longus  
Flexor pollicis brevis  
Opponens pollicis
- Andre muskler**  
Andre muskler

### Anden spasticitetsreducerende behandling

Behandling med spasticitetsreducerende medicin, som f.eks. Baklofen?  Ja  Nej

