

---

CPR-nr \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Region \_\_\_\_\_ Kommune \_\_\_\_\_

Dato for vurdering \_\_\_\_\_

Vurdering udført af \_\_\_\_\_

Mailadresse \_\_\_\_\_

---

## Dominerende Neurologisk Symptom

- Spasticitet
  - Dyskinesi
  - Ataksi
  - Ikke klassificerbar eller blandingsform
- 

## GMFCS Niveau - Grovmotorisk Klassifikation med GMFCS-E&R

- I Går uden begrænsninger
  - II Går med begrænsninger
  - III Går med håndholdt hjælpemiddel
  - IV Begrænset selvstændig forflytning, kan bruge elektrisk kørestol
  - V Transporteres i manuel kørestol
-

---

## FMS - Functional Mobility Scale

Angiv kun én funktion ved hver enkelt afstand.

Alle afstande skal udfyldes.

5 meter \_\_\_\_\_

50 meter \_\_\_\_\_

500 meter \_\_\_\_\_

6 - går selvstændig på alle underlag

5 - går selvstændig på jævnt underlag

4 - anvender stokke uden albuestøtte (en eller to)

3 - anvender albuestokke, uden hjælp

2 - anvender rollator eller gangstativ, uden hjælp

1 - anvender kørestol (incl. klapvogn, barnevogn etc)

C - kravler (kun ved 5 meter)

N - ikke anvendelig (kun på 500 meter)

---

## Stående funktion angiv, hvad barnet oftest gør

Står ikke

Står med støtte

Står uden støtte

### Anvender ståhjælpemiddel

Nej

Ja

Dage pr. uge  1 - 2

3 - 4

5 - 6

7

Gange pr. dag  1

2

3

> 3

Antal timer pr. dag  < 1

1 - 2

3 - 4

> 4

---

## Kørestol - indendørs angiv hvad barnet oftest gør

Manuel Kørestol  Bruger ikke

Bliver kørt

Kører selv

Elektrisk kørestol  Bruger ikke

Bliver kørt

Kører selv

## Kørestol - udendørs angiv hvad barnet oftest gør

Manuel Kørestol  Bruger ikke

Bliver kørt

Kører selv

Elektrisk kørestol  Bruger ikke

Bliver kørt

Kører selv

---

## Ortoser

Anvender barnet ortoser  Nej  Ja

### Aktuelle ortoser for at påvirke ledbevægelighed

	<u>Højre</u>	<u>Venstre</u>	Gennemsnitlig anvendelsestid i timer pr. døgn					
			< 1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	> 10
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Aktuelle ortoser for at forbedre funktion

	<u>Højre</u>	<u>Venstre</u>	Formål				Er målet nået?
			Forbedre gangen	Forbedre balance	Understøtte træning	Andet	
FO (indlæg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke

Er der opstået hudirritation / sår ved brug af ortosen?  Nej  Ja

---

---

## Spasticitet / Muskeltonus

Overkrydsning ved gang / aktivitet  Ingen  Let  Udtalt

Overkrydsning i hvile  Ingen  Let  Udtalt

**Fodklonus** Højre  Nej  Ja Venstre  Nej  Ja

### Vurdering af muskeltonus i hvile med Modificeret Ashworth-skala (se manualen)

	<u>Højre</u>						<u>Venstre</u>					
	0	1	1+	2	3	4	0	1	1+	2	3	4
Hoftefleksorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofteekstensorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knæfleksorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knæekstensorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantarfleksorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

---

## Vurdering af ledbevægelighed (se standardiserede udgangsstillinger i manualen)

### Rygliggende

		GMFCS		Højre	Venstre	Afviger	
		I - III	IV - V			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hofte	Abduktion <i>Udenfor brikskanten, flekterede knæ og strakt hofte for at få m.iliopsøas med.</i>	≥ 40°	≥ 30°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Abduktion (frivillig) <i>Ekstenderede hofter og knæ</i>	≥ 40°	≥ 30°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Fleksion (frivillig) <i>Fikser bækkenet ved at ekstendere modsatte ben</i>	≥ 110°	≥ 100°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Knæ	Hamstringsvinkel <i>90° hoftefleksion (Fuldt ekstenderet knæ = 180°)</i>	≥ 140°	≥ 130°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Ekstension <i>Ekstenderet hofte (Fuld ekstension = 0°)</i>	≥ 0°	≥ -10°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Fodled	Dorsalfleksion med flekteret knæ	≥ 20°	≥ 10°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Dorsalfleksion med ekstenderet knæ	≥ 10°	≥ 0°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

### Maveliggende

Hofte	Indadrotation <i>Ekstenderede hofter og flekterede knæ</i>	≥ 40°	≥ 40°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Udadrotation <i>Ekstenderede hofter og flekterede knæ</i>	≥ 40°	≥ 40°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Elys test <i>(længden på Rectus) Fikser bækkenet, flekterede knæ</i>	≥ 120°	≥ 110°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Ekstension <i>Benene udenfor brikskanten, ekstenderer et ben, den anden hånd på bækkenet</i>	≥ 0°	≥ 0°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Skriv eventuelle kommentarer til undersøgelsen på side 10

---

## Vurdering af Fod

Kan barnet tage vægtbæring på begge fødder:  Nej  Ja

*Hvis "Nej" udfyldes nedenstående ikke.*

	<u>Højre</u>	<u>Venstre</u>
Belastet er hæl i:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Varus	<input type="checkbox"/> Varus
	<input type="checkbox"/> Valgus	<input type="checkbox"/> Valgus

---

## Vurdering af Ryg og Scoliose

Er barnet skoliose opereret?  Nej  Ja

*Hvis "Ja" er det ikke obligatorisk at vurdere ryggen*

Vurderet i  Stående  Siddende  Liggende

Har barnet skoliose?  Nej  Ja

Skoliosen er  Korrigerbar  Ikke korrigerbar

Skoliosen vurderes at være  Let  Moderat  Udtalt

---

## Korset

Anvender barnet korset?  Nej  Ja

Formålet med korsettet er  
(flere alternativer kan angives)

	<u>Har haft effekt?</u>
<input type="checkbox"/> 1. Forhindre deformiteter / nedsat ledbevægelighed	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Stabilisere / positionere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Forbedre arm- og håndfunktion	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Forbedre hovedkontrol	<input type="checkbox"/>

Gennemsnitlig anvendelsestid pr. døgn  < 1 time  5 - 6 timer

1 - 2 timer  7 - 9 timer

3 - 4 timer  ≥ 10 timer

---

---

## Fysioterapi

Har barnet siden seneste vurdering fået  
fysioterapeutiske indsatser udover CPOP vurderingen?

Nej  Ja

Hvis ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

< 1 gang pr. mdr.  1-2 gange pr. uge  
 1-3 gange pr. mdr.  3-5 gange pr. uge  
 > 5 gange pr. uge

Hvor ofte har fysioterapeuten været tilstede?

< 1 gang pr. mdr.  1-2 gange pr. uge  
 1-3 gange pr. mdr.  3-5 gange pr. uge  
 > 5 gange pr. uge

Er der udarbejdet mål for de fysioterapeutiske indsatser?

Nej  Ja

Er målet / målene opnået?

Nej  Ja

Har barnet siden seneste vurdering haft træningsperioder  
med højere frekvens end vanligt?

Nej  Ja

Træningsperiodens længde

1 uge  
 2 - 6 uger  
 7 - 12 uger  
 > 12 uger

Hvor ofte er det sket?

1 gang pr. uge *slettes*  
 1 - 2 gange pr. uge *slettes*  
 3 - 5 gange pr. uge  
 Dagligt

---

## Fysisk aktivitet - børnehave / skole og fritid

Har barnet siden seneste vurdering deltaget aktivt og udført fysiske idrætsaktiviteter i vuggestue, børnehave eller skole?

Nej

Ja

Hvis "Ja", hvor ofte er det almindeligvis sket?

1 gang pr. uge

1 - 2 gange pr. uge

3 - 5 gange pr. uge

Dagligt

Har barnet siden seneste vurdering deltaget aktivt og udført fysiske fritidsaktiviteter?

Nej

Ja

Hvis "Ja", hvor ofte er det almindeligvis sket?

< 1 gang pr. uge

1 - 2 gange pr. uge

3 - 5 gange pr. uge

Hvilke(n) fysiske fritidsaktiviteter?

---

Deltager ikke i fysiske fritidsaktiviteter på grund af:

Tilbud findes ikke

Er ikke interesseret

Manglende energi

Manglende hjælp

Manglende tilpasning

---



---

## Fysioterapeutiske Indsatser

Har barnet siden seneste vurdering modtaget fysioterapeutiske indsatser med henblik på at fremme eller påvirke følgende kropsfunktioner og kropsstrukturer?

- |                  |                              |                             |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Muskelstyrke     | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Muskeltonus      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ledbevægelighed  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Postural formåen | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kondition        | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kropsopfattelse  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Respiration      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Smerte           | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

---

## Bibeholdelse af kropsstillingen - Ændre position - Forflytning

Har barnet siden seneste vurdering trænet noget af følgende?

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Bibeholde Kropsstillingen<br>(liggende, siddende, knæstående, stående)             | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ændre Position<br>(fra liggende til siddende til stående)                          | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Forflytning<br>(gumpe, rulle, krybe, gå, løbe, hoppe, med eller uden hjælpemiddel) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

---

## Aktivitet og deltagelse ved personlig pleje

Har barnet siden seneste vurdering modtaget fysioterapeutiske indsatser med henblik på at fremme og påvirke evnen til at udføre personlig pleje?

- |                    |                              |                             |
|--------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Spise og drikke    | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Personlig hygiejne | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Toiletsituationer  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Af- og påklædning  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
-

---

## GMFM og PEDI

**GMFM** Udført (år - måned - dag) \_\_\_\_\_

### GMFM 66

GMFM 66 point \_\_\_\_\_ SE \_\_\_\_\_ 95% CI \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### GMFM 88

GMFM 88 Total (%) \_\_\_\_\_

Mål point (%) \_\_\_\_\_

Dimension point A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_

Angiv målområder  A  B  C  D  E

**PEDI** Udført (år - måned - dag)

### Del I Funktionelle Færdigheder

	Vægtet score	SE
Personlig Pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

### Del II Hjælpebehov

	Vægtet score	SE
Personlig Pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

### Del III Tilpasninger

	Ingen	Almindelig børneting	Hjælpe middel	Specialudstyr
Personlig Pleje				
Bevægelse				
Socialfunktion				

---

---

**Har CPOP Vurderingen medført forslag til indsatser?** (Hvad, hvilke?)

**Øvrige Kommentarer**

Hel eller delvis fravalg af CPOP undersøgelser efter aftale med omsorgsgivere

Det anbefales at undersøgelser, der kan foretages ved observation eller samtale med omsorgsgivere, så vidt muligt indberettes