Fysioterapeutisk Undersøgelse

CPR-nr _____

Navn _____

Dato for vurdering _____

Vurdering udført af _____

Dominerende Neurologisk Symptom

☐ Spasticitet

☐ Dyskinesi

☐ Ataksi

☐ Ikke Klassificerbar eller Blandingsform

☐ Uoplyst

Grovmotorisk funktion

GMFCS Niveau - Grovmotorisk Klassifikation med GMFCS-E&R

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

☐ Uoplyst

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

FMS - Functional Mobility Scale

Angiv kun én funktion ved hver enkelt afstand.
Alle afstande skal udfyldes.

5 meter _____

50 meter _____

500 meter _____

N - ikke anvendelig (kun på 500 meter)
C - kravler (kun ved 5 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)
Ikke undersøgt
Uoplyst

Stående funktion

angiv, hvad barnet oftest gør

☐ Kan ikke stå (står aldrig)

☐ Står med støtte

☐ Står uden støtte

Kommentar til grovmotorisk funktion:

_____

Hjælpemidler og ortoser

Anvender ståhjælpemiddel		☐ Ja	☐ Nej	
Type ståhjælpemiddel		☐ Statisk	☐ Dynamisk	☐ Statisk og dynamisk
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

Anvendes kørestol

☐ Ja

☐ Nej

☐ Uoplyst

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 ☐ Ja ☐ Nej

Aktuelle ortoser for at påvirke ledbevægelighed

			Gennemsnitlig anvendelsestid i timer pr. døgn					
	Højre	Venstre	< 1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	> 10
AFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
KAFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
KO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Aktuelle ortoser for at forbedre funktion

			Formål				
	Højre	Venstre	Forbedre gangen	Forbedre balance	Understøtte træning	Andet	Er målet nået?
FO (indlæg)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Ja ☐Nej ☐Ved ikke
AFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Ja ☐Nej ☐Ved ikke
KAFO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Ja ☐Nej ☐Ved ikke
KO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Ja ☐Nej ☐Ved ikke
HO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Ja ☐Nej ☐Ved ikke

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

Kommentar til hjælpemidler og ortoser:

Ledbevægelighed og tonus

Vurdering af ledbevægelighed (se standardiserede udgangsstillinger i manualen)

		GMFCS				
		I - III	IV - V	Højre	Venstre	Afviger
Rygliggende						
Hofte	Abduktion *Udenfor brikskanten, flekterede knæ og strakt hofte for at få m.iliopsoas med.*	≥ 40°	≥ 30°			☐ Nej ☐ Ja
	Abduktion (frivillig) *Ekstenderede hofter og knæ*	≥ 40°	≥ 30°			☐ Nej ☐ Ja
	Fleksion (frivillig) *Fikser bækkenet ved at ekstendere modsatte ben*	≥ 110°	≥ 100°			☐ Nej ☐ Ja
Knæ	Hamstringsvinkel *90 ° hoftefleksion* *(Fuldt ekstenderet knæ = 180°)*	≥ 140°	≥ 130°			☐ Nej ☐ Ja
	Ekstension Ekstenderet hofte (Fuld ekstension = 0°)	≥ 0°	≥ -10°			☐ Nej ☐ Ja
Fodled	Dorsalfleksion med flekteret knæ	≥ 20°	≥ 10°			☐ Nej ☐ Ja
	Dorsalfleksion med ekstenderet knæ	≥ 10°	≥ 0°			☐ Nej ☐ Ja
Maveliggende						
Hofte	Indadrotation Ekstenderede hofter og flekterede knæ	≥ 40°	≥ 40°			☐ Nej ☐ Ja
	Udadrotation Ekstenderede hofter og flekterede knæ	≥ 40°	≥ 40°			☐ Nej ☐ Ja
	Elys test (længden på Rectus) Fikser bækken, flekterede knæ	≥ 120°	≥ 110°			☐ Nej ☐ Ja
	Ekstension Benene udenfor brikskanten, ekstenderer et ben, den anden hånd på bækkenet	≥ 0°	≥ 0°			☐ Nej ☐ Ja

Spasticitet / Muskeltonus

Overkrydsning ved gang / aktivitet ☐ Ingen ☐ Let ☐ Udtalt

Overkrydsning i hvile ☐ Ingen ☐ Let ☐ Udtalt

	Højre		Venstre	
Fodklonus	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej

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

	Højre						Venstre					
	0	1	1+	2	3	4	0	1	1+	2	3	4
Hoftefleksorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hofteekstensorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Adduktorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knæfleksorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knæekstensorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plantarfleksorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar til ledbevægelighed og tonus: _____

Andre undersøgelser

Vurdering af fod

Kan barnet tage vægtbæring på begge fødder: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst

Hvis "Nej" udfyldes nedenstående ikke.

Belastet er hæl i:

	Normal	Varus	Valgus
Højre	☐	☐	☐
Venstre	☐	☐	☐

Vurdering af ryg og skoliose

Er barnet skoliose opereret? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst

Hvis "Ja" er det ikke obligatorisk at vurdere ryggen

Vurderet i ☐ Stående ☐ Siddende ☐ Liggende ☐Uoplyst

Har barnet skoliose? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst

Skoliosen er ☐ Korrigerbar ☐ Ikke korrigerbar

Skoliosen vurderes at være ☐ Let ☐ Moderat ☐ Udtalt

Korset

Anvender barnet korset? ☐ Ja ☐ Nej

Formålet med korsettet er (flere alternativer kan angives)	Har haft effekt?
☐ 1. Forhindre deformiteter / nedsat ledbevægelighed	☐
☐ 2. Stabilisere / positionere	☐
☐ 3. Forbedre arm- og håndfunktion	☐
☐ 4. Forbedre hovedkontrol	☐

Gennemsnitlig anvendelsestid pr. døgn

☐ < 1 time ☐ 5 - 6 timer

☐ 1 - 2 timer ☐ 7 - 9 timer

☐ 3 - 4 timer ☐ ≥ 10 timer

Positionering

Er Posture and Postural Ability Scale (PPAS) udført? ☐ Ja ☐ Nej

	Rygliggende	Fremliggende	Siddende	Stående
Postural Kontrol Niveau	[1;7]	[1;7]	[1;7]	[1;7]
Kropsholdning forfra (totalpoint) Kvalitativ vurdering	[0;6]	[0;6]	[0;6]	[0;6]
Kropsholdning fra siden (totalpoint)	[0;6]	[0;6]	[0;6]	[0;6]

Nedenstående spørgsmål om positionering er kun relevant for børn med GMFCS niveau III-V:

Ligger antal timer pr. døgn
- ☐ < 8 timer pr. døgn
- ☐ 8-12 timer pr. døgn
- ☐ >12 timer pr. døgn

Ændrer position i liggende
- ☐ Selvstændigt
- ☐ Hjælper til
- ☐ Helt afhængigt af hjælp

Har barnet tiltag ift. positionering i liggende ☐ Ja ☐ Nej

Bibeholdelse af kropsstillingen - Ændre position - Forflytning

Har barnet siden seneste vurdering trænet noget af følgende?

Bibeholde Kropsstillingen (liggende, siddende, knæstående, stående)	☐ Ja	☐ Nej
Ændre Position (fra liggende til siddende til stående)	☐ Ja	☐ Nej
Forflytning (gumpe, rulle, krybe, gå, løbe, hoppe, med eller uden hjælpemiddel)	☐ Ja	☐ Nej

PEDI ☐ Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst

Hvis ja: Udført (dag-måned-år) _____

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	Alm. børneting	Hjælpemiddel	Specialudstyr
Personlig Pleje				
Bevægelse				
Socialfunktion				

Kommentar til andre undersøgelser: _____

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet - børnehave / skole og fritid

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

Hvis ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

☐ < 1 gang pr. uge

☐ 1 - 2 gange pr. uge

☐ 3 - 5 gange pr. uge

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

Hvis ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

☐ < 1 gang pr. uge

☐ 1 - 2 gange pr. uge

☐ 3 - 5 gange pr. uge

☐ Dagligt

Hvilke(n) fysiske fritidsaktiviteter? _____

Hvis nej: Deltager ikke i fysiske fritidsaktiviteter på grund af:

☐ Tilbud findes ikke

☐ Er ikke interesseret

☐ Manglende energi

☐ Manglende hjælp

☐ Manglende tilpasning

Kommentar til fysisk aktivitet: _____

Fysioterapi

Har barnet siden seneste vurdering fået fysiotepeutiske indsatser udover CPOP vurderingen? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja, hvor ofte er det almindeligvis sket

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

Har barnet modtaget indsatser på KFA (kroppens funktioner og anatomi)? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja:

Kontraktur profylakse	☐ Ja	☐ Nej
Postural kontrol	☐ Ja	☐ Nej
Muskelstyrke	☐ Ja	☐ Nej
Kondition	☐ Ja	☐ Nej
Respiration	☐ Ja	☐ Nej

Andet _____

Har barnet modtaget indsater på aktivitets- og/eller deltagelsesniveau? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja:

Træning af grovmotoriske færdigheder	☐ Ja	☐ Nej
Funktionel træning	☐ Ja	☐ Nej
Tilpasning af omgivelser / hjælpemidler	☐ Ja	☐ Nej

Andet _____

Har barnet deltaget i intensive træningsprogrammer eller haft træningsperioder med højere træningsfrekvens? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja,

Træningsperiodens længde ☐ 2 - 6 uger ☐ 7 - 12 uger ☐ > 12 uger

Træningen er udført ☐ 3 - 5 gange pr. uge ☐ Dagligt

Træningen er gennemført ☐ Individuelt ☐ På hold ☐ Individuelt og på hold ☐ Uoplyst

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	☐ Ja	☐ Nej
Personlig hygiejne	☐ Ja	☐ Nej
Toiletsituationer	☐ Ja	☐ Nej
Af- og påklædning	☐ Ja	☐ Nej

Hvor har barnet modtaget den fysioterapeutiske indsats

☐ I hjemmet ☐ I nærmiljøet ☐ I daginstitution/skole ☐ Andet

Fysioterapeutens rolle

☐ Trænende/behandlende ☐ Vejledende/konsulent ☐ Trænende og vejledende

Hvor ofte har fysioterapeuten været tilstede?

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

Er der sat mål for de fysioterapeutiske indsatser? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja, er målet / målene opnået? ☐ Ja ☐ Nej

Kommentar til fysioterapi:

Kommentarer

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.

☐ Ja