



Ergoterapeutisk undersøgelse

CPR-nr _____

Navn _____

Region _____ Kommune _____

Dato for vurdering _____

Vurdering udført af _____

Mailadresse _____

Dominerende Neurologisk Symptom

- Spasticitet Dyskinesi Ataxi Ikke klassificerbar eller Blandingsform
-

CFCS - Klassifikation af kommunikation

- I Effektiv afsender og modtager med ukendte og velkendte samtalepartnere
- II Effektiv men langsom afsender og/eller modtager med ukendte og/eller velkendte samtalepartnere
- III Effektiv afsender OG modtager med velkendte samtalepartnere
- IV Svingende effektivitet som afsender og/eller modtager med velkendte samtalepartnere
- V Sjældent Effektiv Afsender og Modtager med velkendte samtalepartnere

Barnet anvender følgende kommunikationsmetoder (sæt kryds ved alle de metoder, som anvendes)

- Tale
- Lyde
- Blikretninger, ansigtsudtryk, gestik, og eller pegning
- Manuelle tegn
- Kommunikationsbog, - tavle og/eller billeder
- Talemaskine
- Andet _____
-

EDACS - Klassifikation af spise og drikkeevne

- I Spiser og drikker sikkert og effektivt
- II Spiser og drikker sikkert, men med visse begrænsninger i forhold til effektivitet
- III Spiser og drikker med nogen begrænsning i forhold til sikkerhed; der kan være begrænsninger i forhold til effektivitet
- IV Spiser og drikker med signifikante begrænsninger i forhold til sikkerhed
- V Kan ikke spise eller drikke sikkert – ernæring via sonde bør overvejes for at give næring

Niveau for nødvendig assistance

- Selvstændig
- Behov for assistance
- Fuldt afhængig

Kommentarer _____

Mini-MACS - klassifikation af håndfunktion (Børn under 4 år)

- I Håndterer genstande let og med godt resultat
- II Håndterer de fleste genstande, men med noget begrænset kvalitet og/eller hurtighed
- III Håndterer genstande med besvær
- IV Håndterer et begrænset udvalg af let håndterlige genstande i enkle handlinger
- V Håndterer ikke genstande og har meget begrænset evne til at udføre selv enkle handlinger

MACS - klassifikation af håndfunktion (Børn over 4 år)

- I Håndterer genstande let og med godt resultat
- II Håndterer de fleste genstande, men med noget begrænset kvalitet og/eller hurtighed
- III Håndterer genstande med vanskelighed og har behov for hjælp til at forberede og/eller tilpasse aktiviteter
- IV Håndterer et begrænset udvalg af let håndterlige genstande i tilpassede situationer
- V Håndterer ikke genstande og har meget begrænset evne til at udføre selv enkel håndtering

Kommentarer _____

Modificeret HOUSE - klassifikation af håndfunktion

Højre	_____	0- Håndterer ikke genstande med hånden
		1- Anvender hånden/armen uden greb
Venstre	_____	2- Holder genstand som placeres i hånden med et instabilt greb.
		3- Holder genstand som placeres i hånden med et stabilt greb
		4- Griber aktivt om genstand og holder med instabilt greb
		5- Griber aktivt om genstand og holder med stabilt greb
		6- Griber aktivt om genstand og holder med stabilt greb. Kan manipulere med genstanden vha. den anden hånd eller ydre støtte
		7- Anvender hånden med et aktivt, stabilt greb, men med noget tvivlsom præcision
		8- ingen begrænsninger

Kommentarer _____

Vurdering af ledbevægelighed

			Højre	Venstre
Skulder	Abduktion	>160°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Flektion	>160°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Udadrotation (liggende)	90°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Indadrotation (liggende)	80°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommentarer _____				
	Viser tegn på smerte ved undersøgelsen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Albue	Ekstension	0°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kommentarer _____			
	Viser tegn på smerte ved undersøgelsen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Underarm	Supination (passiv)	90°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Supination (Aktiv)	90°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kan ikke aktivt suppinere	<input type="checkbox"/> Begge	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Kommentarer _____				
	Viser tegn på smerte ved undersøgelsen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Håndled	Ekstension m. bøjede fingre	70°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ekstension m. strakte fingre til maks.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulnarflektion	30°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Radialflektion	20°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommentarer _____				
	Viser tegn på smerte ved undersøgelsen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Modificeret HOUSE - klassifikation af thumb-in-palm

Højre _____

Venstre _____

Kommentarer _____

Zancolli - Klassifikation af samtidig ekstension af håndled og fingre

Højre _____

Ingen begrænsninger

Kan ikke vurderes

Venstre _____

Ingen begrænsninger

Kan ikke vurderes

Kommentarer _____

Ergoterapi

Har barnet siden seneste undersøgelse fået ergoterapeutiske indsatser ud over CPOP undersøgelsen?

Ja

Nej

Intervention på aktivitets og deltagelsesniveau

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
----------------	-----------------	--------------------	------------------------

Personlig hygiejne

< 1 / uge

< 1 / uge

Alene

Af- og påklædning

1-2 / uge

1-2 / uge

Gruppe

Toiletbesøg

3-5 / uge

3-5 / uge

Ergoterapeut

Spise og drikke

> 5 / uge

> 5 / uge

Forældre

Andre

Hvilke mål har der været?

Er målene nået

Ja

Nej

Delvis

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
----------------	-----------------	--------------------	------------------------

Træning af arm - og håndfunktion

< 1 / uge

< 1 / uge

Alene

1-2 / uge

1-2 / uge

Gruppe

3-5 / uge

3-5 / uge

Ergoterapeut

> 5 / uge

> 5 / uge

Forældre

Andre

Samtidig med Btx

Samtidig med operation

Hvilke mål har der været?

Er målene nået

Ja

Nej

Delvis

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
----------------	-----------------	--------------------	------------------------

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opgaveorienteret træning af arm og håndfunktion | <input type="checkbox"/> < 1 / uge | <input type="checkbox"/> < 1 / uge | <input type="checkbox"/> Alene |
| | <input type="checkbox"/> 1-2 / uge | <input type="checkbox"/> 1-2 / uge | <input type="checkbox"/> Gruppe |
| | <input type="checkbox"/> 3-5 / uge | <input type="checkbox"/> 3-5 / uge | <input type="checkbox"/> Ergoterapeut |
| | <input type="checkbox"/> > 5 / uge | <input type="checkbox"/> > 5 / uge | <input type="checkbox"/> Forældre |
| | | | <input type="checkbox"/> Andre |

Samtidig med Btx

Samtidig med operation

Hvilke mål har der været?

Er målene nået Ja Nej Delvis

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
----------------	-----------------	--------------------	------------------------

- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modifieret CI-terapi | <input type="checkbox"/> < 1 / uge | <input type="checkbox"/> < 1 / uge | <input type="checkbox"/> Alene |
| | <input type="checkbox"/> 1-2 / uge | <input type="checkbox"/> 1-2 / uge | <input type="checkbox"/> Gruppe |
| | <input type="checkbox"/> 3-5 / uge | <input type="checkbox"/> 3-5 / uge | <input type="checkbox"/> Ergoterapeut |
| | <input type="checkbox"/> > 5 / uge | <input type="checkbox"/> > 5 / uge | <input type="checkbox"/> Forældre |
| | | | <input type="checkbox"/> Andre |

Samtidig med Btx

Samtidig med operation

Hvilke mål har der været?

Er målene nået Ja Nej Delvis

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Bi-manuel træning	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> Gruppe
	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Samtidig med Btx			
<input type="checkbox"/> Samtidig med operation			
Hvilke mål har der været?	<hr/>		
Er målene nået	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

<i>Indsats</i>	<i>Hvordan og hvem</i>		
<input type="checkbox"/> Råd og vejledning	<input type="checkbox"/> Alene		
	<input type="checkbox"/> Gruppe		
	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut		
	<input type="checkbox"/> Forældre		
	<input type="checkbox"/> Andre		
Hvilke mål har der været?	<hr/>		
Er målene nået	<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

Til at forbedre funktion

Albue Højre Venstre

Håndled Højre Venstre

Tommelfinger Højre Venstre

Hele hånden
(Stretching ortose) Højre Venstre

Supinationsortose Højre Venstre

Til passiv udspænding

Højre Venstre

Højre Venstre

Højre Venstre

Højre Venstre

Højre Venstre

Anvendelsestid af ortoser til passiv udspænding > 6 timer/døgn < 6 timer/døgn

Kommentarer _____

Hjælpemidler

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

Ja Nej

Hvis ja, Hvilke

Hjælpemiddel til måltid

Hjælpemiddel til styring/aktivering af computer

Hjælpemiddel til hygiejne

Skridsikkert underlag

Hjælpemiddel til af- og påklædning

Siddehjælpemiddel

Udpegningshjælpemiddel

Ståhjælpemiddel

Skrivehjælpemiddel

Greb til at stabilisere sig ved

Andre

PEDI

Udført (År-måned-dag) _____

Del I Funktionelle Færdigheder

	Vægtet score	SE
Personlig Pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

Del II Hjelpebehov

	Vægtet score	SE
Personlig Pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

Del III Tilpasninger

	Ingen	Almindelig børneting	Hjælpemiddel	Specialudstyr
Personlig Pleje				
Bevægelse				
Socialfunktion				

Test af håndfunktion

Udført (År-måned-dag) _____

AHA 4.4 AHA 5.0 HAI Mini-AHA BOHA

SUM _____ Scaled score _____

Logit-baserede units _____

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.