

---

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 effekt
- 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  Type I  Type II  Type III  Type IV  
 Ingen thumb-in-palm

Venstre  Type I  Type II  Type III  Type IV  
 Ingen thumb-in-palm

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

- |   |  |
|---|--|
| <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   |
-

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.