



Fysioterapeutisk Undersøgelse

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.iliopsoas 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 ekstenere 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 ekstereret knæ = 180°)</i>	≥ 140°	≥ 130°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Ekstension <i>Ekstereret 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 ekstereret 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 bækken, flekterede knæ</i>	≥ 120°	≥ 110°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Ekstension <i>Benene udenfor brikskanten, ekstererer 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
 1 - 2 gange pr. uge
 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 krogsfunktioner og krogsstrukturer?

- | | | |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 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 krogsstillingen - Ændre position - Forflytning

Har barnet siden seneste vurdering trænet noget af følgende?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Bibeholde Krogsstillingen
(liggende, siddende, knæstående, stående) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ændre Position
(fra liggende til siddende til stående) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Forflytning
(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 |
-

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

Øvrige Kommentarer

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 Hjelpebehov

	Vægtet score	SE
Personlig Pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

Del III Tilpasninger

	Ingen	Almindelig børneting	Hjælpemiddel	Specialudstyr
Personlig Pleje				
Bevægelse				
Socialfunktion				