

Resume Fysioterapeutisk protokol

Personnummer _____ - _____	Dato _____
Navn _____	Udført af: _____

Subtype* _____	GMFCS-niveau* _____
FMS* _____ - _____	Stående funktion _____
Vægtbæring* _____	Manuel kørestol _____
Hælens stilling _____	Ei-kørestol _____

Ortoser _____

Vurdering af spasticitet/muskeltonus		Ledbevægelighed	
Fodklonus	_____ / _____	Abduktion	_____ ° / _____ °
Hofteflexorer	_____ / _____	Hofteflex	_____ ° / _____ °
Hofteekstensorer	_____ / _____	Hamstingsvinkel	_____ ° / _____ °
Adduktorer	_____ / _____	Ekstension (knæ)	_____ ° / _____ °
Knæflexorer	_____ / _____	Dorsalfleksion	_____ ° / _____ °
Knæekstensorer	_____ / _____	Dorsalfleksion	_____ ° / _____ °
Plantar fleksorer	_____ / _____	Indadrotation	_____ ° / _____ °
		Udadrotation	_____ ° / _____ °
Ryg		Elys test	_____ ° / _____ °
Er barnet opereret?*		Ekstension (hoft) _____	_____ ° / _____ °
Vurderet i *			
Har barnet skoliose?*			

Fysioterapi
Fysisk aktivitet

GMFM dato _____	GMFM-66 el. GMFM-88 score _____	_____ %
------------------------	---------------------------------	---------

Forslag til indsats
Andre kommentarer

* Felterne indgår i indikator 2 Vurdering af grovmotorisk funktion, GMFM indgår i indikator 7 Grovmotorisk funktionstest