

# Anmälan HÖS Sitt-Team

Datum: \_\_\_\_\_

## Brukare

Namn:..... Pers.nr.:.....

Adress:..... Postnr:.....

Ort:..... Tfn/mobil:.....

Ansvarig arbetsterapeut:..... Tfn:.....

Ansvarig sjukgymnast: ..... Tfn: .....

Mail adress för info:.....

Diagnos/beskrivning funktionshinder: .....

.....

.....

.....

**Problembeskrivning, aktuell frågeställning:**.....

.....

.....

.....

**Nuvarande sitthjälpmedel:** .....

.....

.....

Om rullstol, kör brukaren själv: Ja  Nej

Klassificering av sittande(enligt Hoffer): Handfri  Handberoende  Oförmögen

**Beskrivning av ledstatus och ev muskeltonus/spasticitet. ( kontrakta eller flexibla felställn)**

Huvud/nacke:.....

.....

Rygg:.....

.....

.....

Bäcken:.....

.....

.....

Höftleder:.....

.....

.....

Knäled:.....

.....

Fotleder:.....

**Övrigt (kort beskrivning, var/när/hur)**

Känselfall:.....  
Trycksår:.....  
Smärta:.....  
Inkontinens:.....  
Förmåga att kommunicera:.....  
Annat väsentligt:.....

**Beskriv hur brukaren ligger/sover (lägen/felställningar):**.....  
.....  
.....

**Dygnbeskrivning: fördelning tid sittande/liggande/gående/stående**

Sittande kl-kl:.....  
Liggande kl-kl:.....  
Går/står :.....

**Egna aktiviteter i sittande:**.....  
.....  
.....

**Målbeskrivning med sittanpassning:**.....  
.....  
.....  
.....

**Förslag till åtgärder:**.....  
.....  
.....

Medverkande vid sittmöte: Datum:.....  
.....  
.....

Konsulent:..... Tekniker:.....  
Ev annan:.....  
Dokumentation av problem från hembesök. Ja/nej Dat:..... Bifogas

---

Tid för återbesök:.....  
Uppföljning bör göras efter :.....månader. Vid hembesök  På HÖS