

## Uppföljningsstatus för barn- och ungdomar med ryggmärgsbräck Sjukgymnastik

Se manual till de olika avsnitten.

Personnummer:	Flicka	Pojke
Namn:		
Datum för bedömning:		
Sjukgymnast:		

### MUSKELSTYRKA nedre extremiteter

Muskelstyrka enl. 0-5 skalan*	hö	vä
Bäckenelevation		
Höftflexion		
Höftextension		
Höftadduktion		
Höftabduktion		
Knäflexion		
Knäextension		
Dorsalflexion		
Plantarflexion		
Kommentar:		

\*under småbarnsåren och vid svårigheter att medverka. Gradering "god", "svag", "ingen"

### SENSIBILITET, ytlig

Beskriv:
----------

Vid utökad bedömning rekommenderas ASIA sensorikkarta

### PARESTYP

I: slapp pares under celenivå	II: inslag av reflexaktivitet under celenivå
-------------------------------	--

### MUSKELTONUS

Ökad muskeltonus	ja	nej
om ja – ange muskelgrupp:		
Kommentar:		

KLONUS	ja	nej
om ja - beskriv:		

### MUSKELFUNKTIONSNIVÅ

<b>I</b> Sacral <b>II</b> Låg lumbal <b>III</b> Mellanlumbal <b>IV</b> Hög lumbal <b>V</b> Hög lumbal / Thoracal
--

**LEDRÖRELSEOMFÅNG passivt – nedre extremiteter, ryggläge om inget annat anges**

<b>Höft</b>	hö	vä
Flexion (motsatt höft extenderad)		
Extension* (underbenet utanför kanten, motsatt höft flekterad)		
Elys test (längden på rectus femoris - fixerat bäcken, flekterat knä i magläge)		
Adduktion (extenderat knä)		
Abduktion (extenderat knä)		
Inåttrotation (extenderat höft och flekterat knä i magläge)		
Utåttrotation (extenderat höft och flekterat knä i magläge)		
<b>Knä</b>		
Flexion		
Extension*		
<b>Fot</b>		
Dorsalflexion, flekterat knä		
Dorsalflexion, extenderat knä*		
Plantarflexion*		
Kommentar:		

\*skattning med goniometer om möjligt att genomföra

**FELSTÄLLNINGAR vid inspektion i vila**

<b>Höft/bäcken</b>	hö	vä
Verifierad sublaxation/luxation: ja/nej/ ej bekant		
Bäckenasymmetri Beskriv (framåt-/bakåttrot. och/eller lateralflekt.)		
Benlängd (sias – med. malleolen) - ange i cm		

<b>Knä/underben</b>	ja	nej	ja	nej
Knävalgus *				
Knävarus *				
Tibiatorsion utåt				
Tibiatorsion inåt				

\*Vid ja, ange gradtal. Vid utökad bedömning av tibiatorsion, se manual.

<b>Fot</b>		hö			vä		
		ja	nej	redresserbar ja /nej	ja	nej	redresserbar ja /nej
Hälben	varus						
	valgus						
Framfot	abduktion						
	adduktion						
	hallux valgus						
Mellanfot	cavus						
	planus						
Kommentar:							

**KROPPSHÅLLNING sittande på brits**

Sitter symmetriskt om nej, lutar åt	ja hö	nej vä
Kommentar:		

**RYGGINSPEKTION sittande på brits****Skolios**

Skoliosopererad	ja	nej
Skolios	ja	nej

**Kyfos – Lordos**

Kyfos – brösttrygg	normal	ökad	
Lordos – ländrygg	normal	ökad	kraftigt ökad
Lordos - brösttrygg	ja	nej	

Kommentar:

**KORSETT**

Använder korsett	ja	nej	
Avsikt med korsetten	stödjande	korrigerande	
Användningstid, timmar per dag:			
<3tim	4-8 tim	8-20 tim	20-23 tim

Kommentar:

**ARMSTYRKA**

Uttalad armsvaghet	ja	nej
--------------------	----	-----

Beskriv: .....

För utökad bedömning använd myometer eller skatta enl. 0– 5 skalan.

**HANDSTYRKA**

Uttalad handsvaghet	ja	nej
---------------------	----	-----

Beskriv: .....

För utökad bedömning använd dynamometer / grippit.

**SMÄRTA från muskler och leder**

Finns smärta vid undersökningstillfället? om ja ange var?	ja	nej
--	----	-----

Gradering enl. skattningsskala Bieri (0-10):

Hindrar smärtan aktivitet? om ja – beskriv:	ja	nej
--	----	-----

**GROVMOTORISK UTVECKLING**

med ortoser / utan ortoser

	ja	nej	visar intresse/försöker	Kommentar
Vänder rygg – sida				
Vänder mage – rygg				
Vänder rygg – mage				
Sträcker upp arm mot möbel i magläge				
Pivoterar i magläge				
Hasar sig fram på armarna				
Böjer upp benen mot magen				
Kommer upp i fyrfota				
Kryper				
Sätts upp – sitter				
Sätter sig upp				
Drar sig till knästående mot stöd				
Reser sig med stöd				
Reser sig utan stöd				
Står med stöd				
Står utan stöd				

**SITTFÖRMÅGA**

Sittskala enl Level of Sitting Scale								
1	2	3	4	5	6	7	8	

**BALANS uppresning /stående** (bedömning för de barn som förflyttar sig utan hjälpmedel)

Pediatric Balance Scale	Antal poäng (max 56):
Kommentar:	

**FUNKTIONELL GÅNGFÖRMÅGA**

I	II	III	IV	V	VI
---	----	-----	----	---	----

**LÄGESFÖRÄNDRINGAR**

Är barnet känsligt för lägesförändringar	ja	nej
Beskriv: .....		
.....		

## ORTOSER FÖR NEDRE EXTREMITETER

Ortostyp	hö	vä	vila	tid tim/dag	stå	tid tim/dag	gå	tid tim/dag	Mål- sättning*
<b>FO</b> (Fot-ortos)									
Fotbädd/skor									
SMO (supramalleolär)									
<b>AFO</b> (Ankel-fot-ortos)									
Oledad									
Ledad									
<b>KAFO</b> (Knä-ankel-fot-ortos)									
Oledad									
Ledad									
Ledad med knälås									
<b>HKAFO</b> (höft- knä-ankel-fot-ortos)									
Ledad HKAFO									
Reciprok gångortos									
Swivelwalker									
Ståskal									
<b>ANNAN</b>									
Kommentar:									

- \* Målsättning
1. Bibehålla /öka rörelseomfång
  2. Möjliggöra/Förbättra funktion
  3. Stabilisera led
  4. Skyddande

### **SJÄLVSTÄNDIG FÖRFLYTTNING**, bedöm det förflyttningssätt som används i vardagen **Inomhus**

	ja	nej
Går utan gånghjälpmedel		
Går med gånghjälpmedel		
vilket: .....		
Går uppför trappan / ledstång		
Går uppför trappan utan stöd		
Går nedför trappan/ ledstång		
Går nedför trappan utan stöd		
Kör manuell rullstol		
Kör elektrisk rullstol		

### **Utomhus**

	ja	nej
Går utan gånghjälpmedel		
Går med gånghjälpmedel		
vilket:.....		
Kör manuell rullstol		
Kör elrullstol		
Cyklar		
Max gångsträcka	<10m	10-100m
		100-1000m
		> 1000m

### **Till och från rullstol**

Från rullstol till annan stol/säng*	ja	nej
Från rullstol till golvet*	ja	nej
Från golvet till rullstol*	ja	nej
Från rullstol till toalett*	ja	nej
Kommentar, : .....		

\*ange ev. hjälpmedel som används

**Ortopedkirurgiska åtgärder**

Har barnet genomgått operation sedan föregående bedömning?	ja	nej
Datum:.....		
Typ av operation:.....		
Kommentar: .....		

**FÖRÄNDRINGAR JFR MED FÖREGÅENDE BEDÖMNING:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....