Dokumentbeskrivning: Detta dokument ligger till grund för sitteam. Checklistan fylls i av förskrivare och lämnas till kundtjänst på HMC. Kan även mailas till [rhc-hjalpmedelscentralen@kronoberg.se](mailto:rhc-hjalpmedelscentralen@kronoberg.se), men skriv då enbart patientens initialer (inte personnummer).

Checklista inför sittanalys

|  |  |
| --- | --- |
| Vem anmäler ärendet:  Datum: | |
| Patient: | Personnummer: |

|  |
| --- |
| Förskrivare: |

|  |
| --- |
| Fyll i nuvarande sitthjälpmedel modell ex. rullstol, sittdyna, arbetsstol eller sittskal:  **Ange nuvarande hjälpmedel: ……………………………………………………..**  sittbredd: cm sittdjup: cm |

|  |
| --- |
| Beskriv ärendet för vilket du behöver konsulentstöd: |

Är sittbredden ok? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Är sittdjupet ok? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Är ryggstödshöjden ok? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Är höjd på fotstöd och armstöd ok? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Klarar brukaren att korrigera sitt sittande? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Trycksår/risk för trycksår? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Finns felställning i bäckenet? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Beskriv: |

Finns deformitet i rygg? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Beskriv: |

Finns kontraktur? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Beskriv: |

Spasticitet? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Smärta? JA  NEJ

|  |
| --- |
| Kommentar: |

Hur sker förflyttningar till och från sitthjälpmedlet?

|  |
| --- |
| Beskriv: |

Brukarens förmåga till förflyttning med sitthjälpmedlet

|  |
| --- |
| Beskriv: |

|  |
| --- |
| Övriga kommentarer: |