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, 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: |