

Uppföljningsstatus för barn- och ungdomar med ryggmärgsbråck 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

I Sacral II Låg lumbal III Mellanlumbal IV Hög lumbal V Hög lumbal / Thoracal

LEDRÖRELSEOMFÅNG passivt – nedre extremiteter, ryggläge om inget annat anges

Höft	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)		
Knä		
Flexion		
Extension*		
Fot		
Dorsalflexion, flekterat knä		
Dorsalflexion, extenderat knä*		
Plantarflexion*		
Kommentar:		

*skattning med goniometer om möjligt att genomföra

FELSTÄLLNINGAR vid inspektion i vila

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

Knä/underben	ja	nej	ja	nej
Knävalgus *				
Knävarus *				
Tibiatorsion utåt				
Tibiatorsion inåt				

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

Fot		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	ja	nej
om nej, lutar åt	hö	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?	ja	nej
-------------------------------------------	----	-----

om ja ange var?

.....
Gradering enl. skattningsskala Bieri (0-10):

Hindrar smärtan aktivitet?	ja	nej
----------------------------	----	-----

om ja – beskriv:

.....

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*
FO (Fot-ortos)									
Fotbädd/skor									
SMO (supramalleolär)									
AFO (Ankel-fot-ortos)									
Oledad									
Ledad									
KAFO (Knä-ankel-fot-ortos)									
Oledad									
Ledad									
Ledad med knälås									
HKAFO (höft- knä-ankel-fot-ortos)									
Ledad HKAFO									
Reciprok gångortos									
Swivelwalker									
Ståskal									
ANNAN									
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:

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