

Datum

Signatur

Journaldata/Personuppgifter

|                       |     |              |      |              |            |  |
|-----------------------|-----|--------------|------|--------------|------------|--|
| Namn                  |     |              |      | Personnummer |            |  |
| Ålder                 | Kön | Neurol. nivå | ASIA | Motortotal   | Skadedatum |  |
|                       | M K |              |      |              |            |  |
| Skadeorsak/Diagnos    |     |              |      |              | Kod        |  |
| Annat funktionshinder |     |              |      |              | Kod        |  |

Familjesituation, boende och sociala stödinsatser

Gift/sambo  
  Ensamstående  
  Särbo  
 Barn:  Nej  Ja  
 Antal hemmavarande barn  
 Antal vuxna/ ej hemmavarande barn

Eget boende  
  Föräldrahem  
  Annat  
 Specifiera boendetyper

Stödinsatser/Hjälpbehov  
 Typ av insats  
 Hemtjänst  
 Ledsagarservice  
 Personlig ass/LSS  
 Hemsjukvård

Nej  
 Ja  
 Tim/v:  
 Tim/v:  
 Tim/v:  
 Tim/v:

Arbete/Sysselsättning

Arbete  
 Heltid  
 75%  
 50%  
 25%  
 0%

Sjukskrivning  
 Aktivitetsersättning (19–29 år)  
 Sjukersättning tills vidare  
 Heltid  
 75%  
 50%  
 25%

Studerande  
 Heltid  
 Deltid  
 Ålderspensionär  
 Annan sysselsättning

Sjukdomar/Besvär

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Hypertension</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja       | <b>Tumörsjukdom</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja          | <b>Led-/muskelsmärta</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| <b>Dyslipidemi</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja        | <b>Astma/allergi</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja         |  |
| <b>Hjärt-/kärlsjukdom</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <b>Psykisk ohälsa</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja        | <b>Andra sjukdomar/besvär</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja  |
| <b>Diabetes</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja           | <b>Lungsjukdom (ex. Kol)</b><br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                   Läkemedel<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |  |

Blodprover och andra mätningar

|                       |                      |   |   |                       |
|-----------------------|----------------------|---|---|-----------------------|
| Triglycerid<br>mmol/L | Kolesterol<br>mmol/L | HDL<br>mmol/L   | LDL<br>mmol/L   | LDL/HDL-kvot          |
| CRP                   | Hemoglobin<br>g/L    | Fasteblodglykos<br>mmol/L   | Hjärtsjukdom i familjen < 60 år<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |                       |
| Blodtryck<br>mmHg     | Bukmått<br>cm        | Bukmättet taget<br><input type="checkbox"/> Stående <input type="checkbox"/> Liggande | Vikt före skada<br>kg   | Målvikt<br>kg         |
| Längd<br>cm           | Vikt<br>kg           | BMI   | Ortos/Rullstol<br>kg  | Kläder och skor<br>kg |

Vanligaste sättet att ta sig fram

|   |   |   |
|---|---|---|
| Går utan stöd (antal meter):<br><input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus | Går med stöd<br><input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus                 | Manuell rullstol<br><input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus |
| El-rullstol<br><input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus                  | Blir körd i manuell rullstol<br><input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus |   |

Anteckningar, målsättningar, handlingsplan etc.