

Opfølgingsprogram for cerebral parese

## Ergoterapeut protokol

Anvendes sammen med Manual 1.10.2011



Cpr. nr.	_____ - _____		
Efternavn	_____	Fornavn	_____
Pædiatrisk afdeling	_____	Kontaktlæge	_____

Dato for vurdering	_____ (år – måned – dag)		
Vurdering er udført af	_____ (Fornavn – Efternavn)		
Titel:	_____	Ansættelsessted	_____
E-mail:	_____		

**Dominerende neurologisk symptom**

Spasticitet  Dyskinesi  Ataxi  Ikke klassificerbar eller blandingsform

**Klassifikation af håndfunktion i flg. MACS I-V** I  II  III  IV  V

Kommentarer: \_\_\_\_\_

**Klassifikation af håndfunktion i flg. HOUSE 0-8**

	Højre	_____	Venstre	_____	
<b>Dominerende hånd</b>	Højre	<input type="checkbox"/>	Venstre	<input type="checkbox"/>	Begge <input type="checkbox"/>

Kommentarer: \_\_\_\_\_

**Bilateral håndfunktion**

Har bilateral håndfunktion

Har ingen bilateral håndfunktion, anvender aldrig hænderne sammen

Kommentarer: \_\_\_\_\_



### Vurdering af ledbevægelighed

Vurdering af indadrotation og udadrotation i skulderen udføres liggende, marker position for de øvrige vurderinger

Siddende  Liggende

Skulder	Højre	Stramhed forekommer	Venstre	Stramhed forekommer
Abduktion 180°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fleksion 180°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Udadrotation 90°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Indadrotation 80°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen				Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				

### Albue

	Højre	Stramhed forekommer	Venstre	Stramhed forekommer
Ekstension 0°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fleksion 150°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen				Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				

### Underarm

	Højre	Stramhed forekommer	Venstre	Stramhed forekommer
Supination 90°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Pronation 90°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Supination højre 0°

Supination venstre 0°

Aktiv Supination	Højre _____ °	<input type="checkbox"/> Kan <u>Ikke</u> aktivt	Venstre _____ °	<input type="checkbox"/> Kan <u>Ikke</u> aktivt
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen				Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				



	Højre		Venstre	
	Stramhed forekommer	Stramhed forekommer	Stramhed forekommer	Stramhed forekommer
Ekstension 70°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ekstension med strakte fingre	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fleksion 80°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ulnardeviation 30°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Radialdeviation 20°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentar:	_____			

	Højre	Stramhed forekommer	Venstre	Stramhed forekommer
Volarabduktion		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____			

Tommelfingerens stilling	
Ingen thumb-in-palm	Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/>
Klassifikation af thumb-in-palm med House Type I-IV	Højre _____ Venstre _____
Kommentarer:	_____

Samtidig ekstension af håndled og fingre	
Med Zancolli gruppe 1, 2A, 2B eller 3	Højre _____ Venstre _____
Kan aktivt strække fingrene fuldt med håndleddet ekstenderet 20° eller mere	Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/>
Håndleds- og fingerekstension kan ikke vurderes med Zancolli	Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____



## Ergoterapi

Har barnet siden seneste registrering eller det seneste år, hvis dette er første CPOP vurdering, fået ergoterapeutiske indsatser målrettet håndfunktionen

Træning af håndfunktion eller vejledning i forbindelse med behandling med botulinum toksin eller håndkirurgi

Ja  Nej

Træning af håndfunktion

Ja  Nej

Vejledning

Ja  Nej

CI-terapi (Constrain induced therapy)

Ja  Nej

NIT (Netværksbaseret intensive træning) *Anvendes kun i Sverige?*

Ja  Nej

Gruppetræning

Ja  Nej

Anden behandling, som påvirkede håndfunktionen

Ja  Nej

Hvilken:

\_\_\_\_\_

Findes der konkrete mål for håndfunktionen

Ja  Nej

Er målene for håndfunktionen blevet opfyldt?

Delvis  Ja  Nej

Kommentarer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hjælpemidler

Har barnet aktuelt hjælpemidler eller tilpasninger for at forbedre evnen til at bruge hænderne

Ja  Nej

Hvis ja, til hvilket formål

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Til måltid             | <input type="checkbox"/> Styre-/aktivering af computer      |
| <input type="checkbox"/> Hygiejne               | <input type="checkbox"/> Skridsikkert underlag              |
| <input type="checkbox"/> Af- og påklædning      | <input type="checkbox"/> Siddehjælpemiddel                  |
| <input type="checkbox"/> Udpegningshjælpemiddel | <input type="checkbox"/> Ståhjælpemiddel                    |
| <input type="checkbox"/> Skrive                 | <input type="checkbox"/> Håndtag til at stabilisere sig ved |



### Ortoser

Barnet anvender ikke ortoser

Afkryds hvilke led/kropsdele ortosen har til formål at påvirke, og om målet er at påvirke aktiv håndfunktion (funktion) eller ledbevægeligheden (passiv udspænding):

Til at forbedre funktion

Til passiv udspænding

Albue	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Underarm	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Håndled	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Tommelfinger	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Fingre	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>
Anvendelsestid af ortoser til passiv udspænding			<input type="checkbox"/> $\geq 6$ timer/døgn	<input type="checkbox"/> $< 6$ timer/døgn

Kommentarer:

### Operationer og spasticitetsreducerende behandling

Er barnet siden seneste registrering, blevet opereret i hånd eller arm  Ja  Nej

Dato \_\_\_\_\_ Hvilken eller hvilke operationer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Er barnet siden seneste registrering, behandlet med botulinum toksin type A (Botox/BoNT-A) i overekstremiteterne  Ja  Nej

Dato \_\_\_\_\_ Muskler og dosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Er barnet i behandling med spasticitetsreducerende medicin, som f.eks. baklofen?  Ja  Nej



## PEDI

Udført (år – måned – dag) \_\_\_\_\_

### Del I Funktionelle færdigheder

	Vægtet score	SE
Personlig pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

### Del II Hjelpebehov

	Vægtet Score	SE
Personlig pleje		
Bevægelse		
Socialfunktion		

### Del III Behov for tilpasninger

	Ingen	Almindelige børneting	Hjælpemiddel	Special udstyr
Personlig pleje				
Bevægelse				
Socialfunktion				

## AHA

Hvis AHA (Assisting Hand Assessment) er udført siden sidste CPOP- vurdering, kan resultatet registreres her.

Udført (år – måned – dag) \_\_\_\_\_

Sum : \_\_\_\_\_ Scaled score %: \_\_\_\_\_