



Fysioterapeut protokol

Anvendes sammen med Manual 1.1.2011

Cpr. nr.	_____ - _____		
Efternavn	_____	Fornavn	_____
Region	_____	Kommune	_____

Dato for vurdering	_____ (år – måned – dag)
Vurdering er udført af	_____ (Fornavn – Efternavn)
Email	_____

Dominerende neurologisk symptom

Spasticitet Dyskinesi Ataxi Ikke klassificerbar eller blandingsform

Grovmotorisk Klassifikation, GMFCS-E&R I II III IV V

Functional Mobility Scale (FMS)

Personen eller personens forældre bedes vurdere den mest almindeligt forekommende, funktionelle bevægelsesformåen, ved **samtlig**e tre afstande nedenfor. Angiv kun én funktion ved hver enkelt afstand.

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500 meter

C = Kravler, barnet kravler for at komme rundt i hjemmet (kun på 5 m).

N= Ikke anvendelig: For eksempel hvis barnet ikke kan gennemføre afstanden (kun på 500 m).

1 = Anvender kørestol.

2 = Anvender en rollator (walker) eller gangstativ: uden hjælp fra anden person.

3 = Anvender albuestokke: uden hjælp fra anden person.

4 = Anvender stokke uden albuestøtte (en eller to): uden hjælp fra en anden person.

5 = Selvstændig på jævnt underlag: Anvender ikke ganghjælpemidler eller hjælp fra en anden person*. Anvender gelænder ved trappegang.

6 = Selvstændig på alle underlag: Barnet anvender ikke ganghjælpemidler eller hjælp fra en anden person, når det går på forskellige underlag, herunder ujævnt terræn, kantsten eller i et miljø ved trængsel.



Siddende angiv hvad barnet oftest gør på gulvet og på stol (kun et kryds hvert sted).

På gulvet	Sidder ikke	<input type="checkbox"/>
	På skødet / i favnen	<input type="checkbox"/>
	W-siddende	<input type="checkbox"/>
	Langsiddende	<input type="checkbox"/>
	Havfruestilling, siddende på højre balde	<input type="checkbox"/>
	Havfruestilling, siddende på venstre balde	<input type="checkbox"/>
	Skrædderstilling	<input type="checkbox"/>
På stol	Sidder ikke	<input type="checkbox"/>
	Specialstol	<input type="checkbox"/>
	Børnestol	<input type="checkbox"/>
	Normal / almindelig stol	<input type="checkbox"/>

Til og fra siddende angiv hvad barnet oftest gør.

Uden støtte (personens egen kropsstøtte er tilladt) Med støtte (tillader alt støtte som f.eks. vægge, møbler og andre personer)

	Uden støtte	Med støtte	Kan ikke
Fra siddende på gulvet til stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fra stående til siddende på gulv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fra siddende på stol til stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fra stående til siddende på stol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stående funktion angiv hvad barnet oftest gør.

- Kan ikke stå (står aldrig)
- Står selv med hjælpemiddel (inkl. støtte fra møbler eller vægge)
- Står selv, uden hjælpemiddel (egen kropsstøtte er tilladt)

Anvender ståhjælpemiddel Nej Ja

Dage pr. uge	<input type="checkbox"/> 1 – 2	<input type="checkbox"/> 3 – 4	<input type="checkbox"/> 5 – 6	<input type="checkbox"/> 7
Gange pr. dag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> > 3
Antal timer pr. dag	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> 1 – 2	<input type="checkbox"/> 3 – 4	<input type="checkbox"/> > 4

Type ståhjælpemiddel (Flere alternativer kan angives)

Vippeleje/ståstativ Ståskal Ståkørestol

Ståhjælpemiddel anvendes i kombination med Ortooser Korset



Kørestol, indendørs brug angiv hvad barnet oftest gør.

Bruger manuel <u>kørestol</u>	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>
Bruger elektrisk <u>kørestol</u>	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>

Kørestol, udendørs brug angiv hvad barnet oftest gør.

Bruger manuel <u>kørestol</u>	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>
Bruger elektrisk <u>kørestol</u>	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>

Forflytninger på trapper angiv hvad barnet oftest gør.

Kommer selvstændigt op ad trappe

Nej
Kravler, kryber
Går

Kommer selvstændigt ned ad trappe

Nej
Kravler, kryber
Går

Går op ad trappe

Med personstøtte og brug af gelænder
Med personstøtte
Med brug af gelænder
Uden støtte

Går ned ad trappe

Med personstøtte og brug af gelænder
Med personstøtte
Med brug af gelænder
Uden støtte

Anvender elevator Nej Ja

Cykler

Alle former for cykling og lign. aktiviteter, f.eks. selvstændig cykling m./u. støtte, tandem, armcykling, løbecykel, løbehjul m.m.

Ofte En gang i mellem Sjældent Aldrig
(dagligt) (et par gange pr. uge) (et par gange pr. måned)



Ortoser (Flere alternativer kan angives)

Anvender barnet ortoser Nej Ja

Aktuelle ortoser for at påvirke ledbevægelighed

Angiv gennemsnitlig anvendelses tid i timer pr. døgn.

	Højre	Venstre	< 1	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 9	> 10
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle ortoser for at forbedre funktion

Angiv formålene med ortosen og om målene med ortosen opnås, flere alternativer kan angives.

	Højre	Venstre	Forbedre gangfunktion	Forbedre Balance	Understøtte træning	Andet
FO (indlæg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke mål med ortosen opnås?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke mål med ortosen opnås?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke mål med ortosen opnås?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke mål med ortosen opnås?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilke mål med ortosen opnås?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der opstået hudirritation/sår ved brug af ortosen?				Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Smerter – oplever barnet og/eller barnets forældre at han/hun har smerter?

Nej Ja

Hvis Ja, hvor?

Hoved, nakke Ryg Arme, hænder Hofter Knæ Fødder
 Tænder Mave Tryk Hudsår

Andet _____

Fraktur – har barnet siden seneste registrering haft nogen frakturer?

Nej Ja



Operationer og spasticitetsreducerende behandling

Er barnet siden seneste registrering, blevet opereret? Nej Ja

Dato _____ Hvilken eller hvilke operationer? _____

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

Dato _____ Muskler og dosis _____

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

Vurdering af spasticitet/muskeltonus med Modificeret Ashworth-skala

Overkrydsning ved gang / aktivitet Ingen Let Udtalt

Overkrydsning i hvile Ingen Let Udtalt

Fodklonus Højre Nej Ja Venstre Nej Ja

Vurdering af muskeltonus i hvile med Modificeret Ashworth-skala (se manualen)

0 = Ingen forhøjet muskeltonus, 1 = Let forhøjet muskeltonus. Viser sig som "catch and release" eller som en minimal modstand i slutningen af bevægebanen, 1+ = Let forhøjet muskeltonus. Viser sig som "catch" efterfulgt af minimal modstand gennem resten af bevægebanen (mindre end halvdelen af bevægelsesomfanget), 2 = Mere markant forhøjelse af muskeltonus gennem en større del af bevægebanen, men bevægelsen er stadig let at gennemføre, 3 = Betydelig forhøjelse af muskeltonus. Svært at udføre passiv bevægelse, 4 = Stivhed ved fleksion eller ekstension af kropsdelen.

	Højre						Venstre					
	0	1	1+	2	3	4	0	1	1+	2	3	4
Hofteflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofteekstensorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knæflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knæekstensorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantarflexorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____



Vurdering af ledbevægelighed – se standardiserede udgangsstillinger i manualen

Rygliggende

	Højre	Venstre	Afvigelse fra standard udgangsstilling
Hofte			
<u>Abduktion (obligatorisk)</u> Udenfor brikskanten, flekterede knæ og strakt hofte for at få m. iliopsoas med.	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<u>Abduktion (frivillig)</u> Ekstenderede hofter og knæ	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Knæ			
<u>Hamstringsvinkel</u> 90° hoftefleksjon (Helt ekstenderede knæ = 180°)	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<u>Ekstension</u> Ekstenderet hofte (fuld ekstension = 0°)	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Fodled			
<u>Dorsalfleksion</u> med flekteret knæ	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<u>Dorsalfleksion</u> med ekst. knæ	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Maveliggende

	Højre	Venstre	Afvigelse fra standard udgangsstilling
Hofte			
<u>Indadrotation</u> ekstenderede hofter og flekterede knæ	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<u>Udadrotation</u> ekstenderede hofter og flekterede knæ	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<u>Elys test</u> (længden på rectus) Fikser bækken, flekterede knæ	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<u>Ekstension</u> Benene udenfor brikskanten, ekstender et ben, den anden hånd på bækkenet	_____ °	_____ °	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Skriv eventuelle kommentarer til undersøgelsen på side 11.



Vurdering af fod (se manual)

Kan barnet tage vægtbæring på begge fødder: Nej Ja

Belastet er højre hæl i Normal Varus Valgus

Belastet er venstre hæl i Normal Varus Valgus

Vurdering af ryg og scoliose (se manual)

Er barnet skoliose opereret? Nej Ja

Hvis "ja" er det ikke obligatorisk at vurdere ryggen.

Vurderet i Stående Siddende Liggende

Har barnet skoliose Nej Ja

Højre Venstre

Thoracal konveks konveks

Thoracolumbal konveks konveks

Lumbal konveks konveks

Skoliosen er Korrigerbar Ikke korrigerbar

Skoliosen vurderes at være Let Moderat Udtalt

Korset

Anvender barnet korset? Nej Ja

Formålet med korsettet er – og har korsettet haft effekt (flere alternativer kan angives).

Forhindre deformiteter/nedsat ledbevægelighed Korsettet har haft effekt

Stabilisere eller positionere Korsettet har haft effekt

Forbedre arm- og håndfunktion Korsettet har haft effekt

Forbedre hovedkontrol Korsettet har haft effekt

Angiv gennemsnitlig anvendelses tid i timer pr. døgn.

< 1	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 9	> 10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fysioterapi

Har barnet siden seneste registrering fået fysioterapeutiske indsatser udover CPOP vurderingen?

Nej Ja

Hvis Ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

Mindre end 1 gang pr. mdr. 1-3 gange pr. mdr.
 1-2 gange pr. uge 3-5 gange pr. uge >5 gange pr. uge

Hvor ofte har fysioterapeuten været til stede?

Mindre end 1 gang pr. mdr. 1-3 gange pr. mdr.
 1-2 gange pr. uge 3-5 gange pr. uge >5 gange pr. uge

Har barnet siden seneste registrering haft en eller flere træningsperioder med højere intensitet?

Nej Ja

Fysisk aktivitet – børnehave/skole og fritid

Har barnet siden seneste registrering deltaget aktivt og udført fysiske idrætsaktiviteter i vuggestue, børnehave eller skole?

Nej Ja

Hvis Ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

Mindre end 1 gang pr. uge 1-2 gange pr. uge 3-5 gange pr. uge

Har barnet siden seneste registrering deltaget aktivt og udført fysiske fritidsaktiviteter?

Nej Ja

Hvis Ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

Mindre end 1 gang pr. uge 1-2 gange pr. uge 3-5 gange pr. uge

Hvilken eller hvilke fysiske fritidsaktiviteter?

Svømning Fodbold Styrketræning Skiløb Basketball
 Ridning Dans Gymnastik Skøjtning Boccia
 Bueskydning Ishockey Andet: _____



Kropsfunktioner og kropsstrukturer

Har barnet siden seneste registrering modtaget fysioterapeutiske foranstaltninger med henblik på at fremme og påvirke bevægelsesrelaterede funktioner og strukturer.

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagen	Specifikt og i hverdagen
Muskelstyrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeltonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeludholdenhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledbevægelighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led stabilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kropsopfattelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet haft konkrete, nedskrevne/dokumenterede mål?			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Aktivitet og deltagelse i forhold til bibeholdelse af kropstillingen

Har barnet siden seneste registrering modtaget fysioterapeutiske foranstaltninger med henblik på at fremme og påvirke evnen til at holde kroppens stilling.

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagen	Specifikt og i hverdagen
Liggende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siddende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knæstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet haft konkrete, nedskrevne/dokumenterede mål?			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja



Aktivitet og deltagelse ved stillingsskift

Har barnet siden seneste registrering modtaget fysioterapeutiske foranstaltninger med henblik på at fremme og påvirke evnen til at udføre stillingsskift

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagen	Specifikt og i hverdagen
Liggende til siddende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siddende til stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet haft konkrete, nedskrevne/dokumenterede mål?				<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Aktivitet og deltagelse ved forflytninger

Har barnet siden seneste registrering modtaget fysioterapeutiske foranstaltninger med henblik på at fremme og påvirke evnen til at udføre eller medvirke til følgende forflytninger

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagen	Specifikt og i hverdagen
Gumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kravle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forflytte sig**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet haft konkrete, nedskrevne/dokumenterede mål?				<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

*Kortere eller længere afstande, med og uden hjælpemiddel, ** Med kørestol eller andet transportmiddel

Aktivitet og deltagelse ved personlig pleje

Har barnet siden seneste registrering modtaget fysioterapeutiske foranstaltninger med henblik på at fremme og påvirke evnen til at udføre personlig pleje

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagen	Specifikt og i hverdagen
Spisesituationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig hygiejne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletsituationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Af- og påklædning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet haft konkrete, nedskrevne/dokumenterede mål?				<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja



GMFM og PEDI

Hvis GMFM og PEDI har været anvendt, kan resultaterne angives her

GMFM Udført (år – måned – dag) _____

GMFM 66

GMFM 66 point _____ SE _____ 95% CI _____ - _____

GMFM 88

GMFM 88 Total (%) _____

Mål point (%) _____

Dimension point A _____ B _____ C _____ D _____ E _____

Angiv målområder A B C D E

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 Tilpasninger

	Ingen	Almindelige børneting	Hjælpemiddel	Specialudstyr
Personlig pleje				
Bevægelse				
Socialfunktion				

Kommentarer til CPOP protokollen