

Ergoterapeut protokol

Anvendes sammen med Manual 20.8.2021



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

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

Dominerende neurologisk symptom
Spasticitet <input type="checkbox"/> Dyskinesi <input type="checkbox"/> Ataxi <input type="checkbox"/> Ikke klassificerbar eller blandingsform <input type="checkbox"/>

Klassifikation af kommunikation i flg. CFCS I- V	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____				
Barnet anvender følgende kommunikationsmetoder (Sæt kryds ved alle metoder, som anvendes)					
<input type="checkbox"/> Tale					
<input type="checkbox"/> Lyde (eksempelvis "aaah" for at få samtalepartners opmærksomhed)					
<input type="checkbox"/> Blikretninger, ansigtsudtryk, gestik, og/eller pegning (f.eks. med en arm eller et ben, en pind eller med laser)					
<input type="checkbox"/> Manuelle tegn					
<input type="checkbox"/> Kommunikationsbog, -tavle og/eller billeder					
<input type="checkbox"/> Talemaskiner					
<input type="checkbox"/> Andet:	_____				



Klassifikation af spise og drikkeevne i flg. EDACS I-V	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Niveau for nødvendig assistance	Selvstændig <input type="checkbox"/>	Behov for assistance <input type="checkbox"/>	Fuldt afhængig <input type="checkbox"/>		
Kommentarer: _____					

Klassifikation af håndfunktion i flg. Mini-MACS I-V (Børn under 4 år)	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Klassifikation af håndfunktion i flg. MACS I-V	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____					

Klassifikation af håndfunktion i flg. Modifieret HOUSE 0-8	Højre _____	Venstre _____	
Dominerende hånd	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Ingen <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. Øvrige målinger af skulder kan udføres liggende eller siddende.

Skulder	Højre	Stramhed forekommer		Venstre	Stramhed forekommer		Barnet er undersøgt i	
		Ja	Nej		Ja	Nej	Siddende	Liggende
Abduktion > 160°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleksion > 160°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udadrotation 90°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indadrotation 80°	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ °	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____								
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen							Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Albue	Højre	Stramhed forekommer		Venstre	Stramhed forekommer	
		Ja	Nej		Ja	Nej
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"/>
Kommentarer: _____						
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen					Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Underarm	Højre	Stramhed forekommer		Venstre	Stramhed forekommer	
		Ja	Nej		Ja	Nej
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"/>
<i>Måling af aktiv supination</i>	Højre	0°		Venstre	0°	
Aktiv Supination	_____ °	<input type="checkbox"/> Kan <u>Ikke</u> aktivt		_____ °	<input type="checkbox"/> Kan <u>Ikke</u> aktivt	
Kommentarer: _____						
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen					Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>



Håndled	Højre	Stramhed forekommer	Venstre	Stramhed forekommer
Ekstension med bøjede fingre				
70°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ekstension med strakte fingre til fingrene begynder at flekere				
	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ekstension med strakte fingre til maksimal position				
	_____ °	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"/>
Ulnarfleksion 30°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Radialfleksion 20°	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____ °	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kommentar:	_____			
Viser tegn på smerte ved undersøgelsen				Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Tommelfinger	Højre		Venstre	
	Stramhed forekommer		Stramhed forekommer	
Abduktion (volarabduktion)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kommentarer:	_____			

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

Samtidig ekstension af håndled og fingre	Højre	Venstre
Med Zancolli gruppe 1, 2A, 2B eller 3	_____	_____
Kan aktivt ekstendere 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 fået ergoterapeutiske indsatser udover CPOP vurderingen?

Ja Nej

Hvis det er mere end 1 år siden seneste CPOP vurdering, angives indsatser det seneste år.

Intervention på aktivitets- og deltagelsesniveau

<i>Indsatser (Personlig pleje)¹</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem²</i>
<input type="checkbox"/> Personlig hygiejne	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
<input type="checkbox"/> Af- og påklædning	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Toiletbesøg	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Spise og drikke	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre <input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Træning af arm- og håndfunktion³	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidig med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidig med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre <input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

¹ Flere indsatsområder kan vælges.

² Hvordan er indsatsen gennemført og hvem har varetaget indsatsen?

³ Træningen er gennemført regelmæssigt i en begrænset periode med et træningsprogram udarbejdet af ergoterapeuten.



Intervention på aktivitets- og deltagelsesniveau (fortsat)

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Opgaveorienteret træning af arm- og håndfunktion⁴	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidigt med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidigt med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Modificeret CI-terapi⁵	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidigt med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidigt med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Bi-manuel træning⁶	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Samtidigt med Btx	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Samtidigt med operation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
			<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

⁴ Færdigheder relateret til håndfunktionen som fx knappe, skrive, tegne, binde

⁵ Arm og håndtræning efter en specifik metode eller koncept i en begrænset periode.

⁶ Arm og håndtræning efter en specifik metode eller koncept i en begrænset periode.



Intervention på aktivitets- og deltagelsesniveau (fortsat)

<i>Indsats</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Råd- og vejledning	<input type="checkbox"/> Alene
<input type="checkbox"/> Mundtlige	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Skriftlige	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
	<input type="checkbox"/> Forældre
	<input type="checkbox"/> Andre
Hvilke mål har der været? _____	
Er målene opfyldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis	

Indsats: Kropsfunktions niveau

<i>Indsats</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Tidsperiode</i>	<i>Hvordan og hvem</i>
<input type="checkbox"/> Udspænding	<input type="checkbox"/> < 1 / uge	<input type="checkbox"/> < 2 uger	<input type="checkbox"/> Alene
	<input type="checkbox"/> 1-2 / uge	<input type="checkbox"/> 2-6 uger	<input type="checkbox"/> Gruppe
<input type="checkbox"/> Skulder abduktion/fleksion	<input type="checkbox"/> 3-5 / uge	<input type="checkbox"/> 7-12 uger	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Skulder rotation	<input type="checkbox"/> > 5 / uge	<input type="checkbox"/> > 12 uger	<input type="checkbox"/> Forældre
<input type="checkbox"/> Albue ekstension / fleksion			<input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Underarm supination/pronation			
<input type="checkbox"/> Håndled ekstension/fleksion			
<input type="checkbox"/> Håndled ekstension med strakte fingre			
<input type="checkbox"/> Håndled ulnar og radial fleksion			
<input type="checkbox"/> Tommel ekstension/abduktion			
<input type="checkbox"/> Samtidig med Btx			
Hvilke mål har der været? _____			
Er målene opfyldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis			

Anden behandling
hvilken? _____



Ortoser

Har ortose Ja Nej Har ortose, men anvender den ikke

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

	<i>Til at forbedre funktion</i>		<i>Til passiv udspænding</i>	
Albue	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Underarm	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Håndled	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Tommelfinger	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Fingre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Anvendelsestid af ortoser til passiv udspænding	<input type="checkbox"/> ≥ 6 timer/døgn		<input type="checkbox"/> < 6 timer/døgn	

Kommentarer: _____

Hjælpemidler

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

Ja Nej

Hvis ja, hvilke hjælpemidler?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til måltid | <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til styring/aktivering af computer |
| <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til hygiejne | <input type="checkbox"/> Skridsikkert underlag |
| <input type="checkbox"/> Hjælpemiddel til af- og påklædning | <input type="checkbox"/> Siddehjælpemiddel |
| <input type="checkbox"/> Udpegningshjælpemiddel | <input type="checkbox"/> Ståhjælpemiddel |
| <input type="checkbox"/> Skrivehjælpemiddel | <input type="checkbox"/> Greb til at stabilisere sig ved |
| | <input type="checkbox"/> Andre |



Håndkirurgi og Botulinum toxin

Er barnet blevet opereret i hånd eller arm? Ja Nej

Dato

Hvilken eller hvilke operationer?

Er barnet behandlet med Botulinum toxin i overekstremiteterne? Ja Nej

Dato

Behandlede muskler:

Højre

- Ukendt hvilke muskler
- 1. Skuldermuskler**
Deltoideus
Subscapularis
Supraspinatus
Infraspinatus
Pectoralis major/minor
- 2. Albuemuskler**
Biceps brachii
Brachialis
Brachioradialis
- 3. Pronatormuskler**
Pronator teres
Pronator quadratus
- 4. Håndledsmuskler**
Flexor carpi ulnaris
Flexor carpi radialis
Extensor carpi ulnaris
Extensor carpi radialis longus/brevis
- 5. Fingermuskler**
Flexor digitorum profundus
Flexor digitorum superficialis
Interossei / lumbricales
- 6. Tommelens muskler**
Adduktor pollicis
Flexor pollicis longus
Flexor pollicis brevis
Opponens pollicis
- Andre muskler**
Andre muskler

Venstre

- Ukendt hvilke muskler
- 1. Skuldermuskler**
Deltoideus
Subscapularis
Supraspinatus
Infraspinatus
Pectoralis major/minor
- 2. Albuemuskler**
Biceps brachii
Brachialis
Brachioradialis
- 3. Pronatormuskler**
Pronator teres
Pronator quadratus
- 4. Håndledsmuskler**
Flexor carpi ulnaris
Flexor carpi radialis
Extensor carpi ulnaris
Extensor carpi radialis longus/brevis
- 5. Fingermuskler**
Flexor digitorum profundus
Flexor digitorum superficialis
Interossei / lumbricales
- 6. Tommelens muskler**
Adduktor pollicis
Flexor pollicis longus
Flexor pollicis brevis
Opponens pollicis
- Andre muskler**
Andre muskler

Anden spasticitetsreducerende behandling

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		
Social funktion		

Del II Hjelpebehov

	Vægtet score	SE
Personlig pleje		
Bevægelse		
Social funktion		

Del III Tilpasninger

	Ingen	Almindelige børneting	Hjælpemiddel	Specialudstyr
Personlig pleje				
Bevægelse				
Social funktion				

Assisting Hand Assessment Udført (år – måned – dag)

Version 4.4 Version 5.0 Mini-AHA BOHA

Sum score: _____ Scaled score _____

Logit-baserede AHA / Mini-AHA / BOHA units: _____

Har CPOP vurderingen medført forslag til indsatser? (Hvad, hvilke?)

Øvrige kommentarer