

Fysioterapi
Fysisk aktivitet
Ergoterapi



CPOP

Side 8

Fysisk aktivitet – børnehave/skole og fritid

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

Nej Ja

Fysisk aktivitet – børnehave/skole og fritid

Der er en positiv sammenhæng mellem fysisk aktivitet og helbred/livskvalitet, derfor er det vigtigt med en beskrivelse af barnets aktivitetsniveau siden sidste CPOP registrering.

Med fysisk aktivitet menes alle kropsbevægelser, som er en følge af skeletmuskulaturens sammentrækning og som resulterer i øget energiforbrug. Begrebet fysisk aktivitet omfatter således kropsbevægelse i forbindelse med såvel arbejdstid som fritid og alle former for kropsøvelser, gymnastik, motion og friluftsliv.

I CPOP ønsker vi en registrering af om barnet

- har barnet deltaget aktivt og udført fysiske idrætsaktiviteter i børnehave eller skoleidræt? Hvis "ja", hvor ofte?
- Har barnet regelmæssigt deltaget i og udført fysiske fritidsaktiviteter. Hvis "ja", hvor ofte? Hvilke fritidsaktiviteter?

Skiløb Skøjtning Basketball Boccia Bueskydning Ishockey

Andet:



Side 9



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 hverdagsaktiviteter	Både specifikt og integreret	
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 bibeholdelse af kropstillingen.

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagsaktiviteter	Både specifikt og integreret	
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



Side 10

Aktivitet og deltagelse ved

- **Stillings skift**
- **Forflytninger**
- **Personlig pleje**

Vælg

- **Nej**
- **Specifikt**
- **Integreret i hverdagsaktiviteter**
- **Både specifikt og integreret**



Aktivitet og deltagelse ved stillings skift

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

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagsaktiviteter	Både specifikt og integreret
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 forflytninger

	Nej	Specifikt	Integreret i hverdagsaktiviteter	Både specifikt og integreret
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"/>
Krægle	<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"/>

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

Har barnet haft konkrete, nedskrevne/dokumenterede mål Nej Ja

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 hverdagsaktiviteter	Både specifikt og integreret
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

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 <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Træning af håndfunktion | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Vejledning (handledning) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| CI-terapi (Constrain induced therapy) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| NIT (Netværksbaseret intensive træning) <i>Anvendes kun i Sverige?</i> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Gruppetræning | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Anden behandling, som påvirkede håndfunktionen* | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Hvilken:

Findes der konkrete mål for håndfunktionen

Ja

Nej

Er målene for håndfunktionen blevet opfyldt?

Ja

Nej

Kommentarer:

Hjælpemidler

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

Ja

Nej

Hvilke?

(Se manual)



CPOP