

# Diverse funktioner



# Side 2



## Siddende

Siddende (- almindeligvis / normalt forekommende)		
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"/>
	Børestol	<input type="checkbox"/>
	Normal / almindelig stol	<input type="checkbox"/>

## Til og fra siddende

Til og fra siddende (almindeligvis/normalt forekommende)			
	Uden støtte (personens egen kropstøtte 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

Stående funktion (almindeligvis/normalt forekommende)				
<input type="checkbox"/>	Kan ikke stå			
<input type="checkbox"/>	Står selv med hjælpemiddel (inkl. Støtte fra møbler eller vægge)			
<input type="checkbox"/>	Står selv, uden hjælpemiddel (egen kropstøtte er tilladt)			
Anvender ståhjælpemiddel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
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"/> 3-4	<input type="checkbox"/> > 4
Antal timer pr. dag	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> > 4
Type ståhjælpemiddel				
Vippeleje/ståstativ	<input type="checkbox"/>	Ståskal <input type="checkbox"/>	Ståkerestol <input type="checkbox"/>	
Ståhjælpemiddel anvendes i kombination med				
	Ortoser/skiner <input type="checkbox"/>	Korset <input type="checkbox"/>		



# Side 3

Kørestol, indendørs brug (supplement til FMS) (almindeligvis/normalt forekommende)			
Bruger manuel kørestol	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>
Bruger elektrisk kørestol	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>

Kørestol, udendørs brug (supplement til FMS) (almindeligvis/normalt forekommende)			
Bruger manuel kørestol	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>
Bruger elektrisk kørestol	Bruger ikke <input type="checkbox"/>	Bliver kørt <input type="checkbox"/>	Kører selv <input type="checkbox"/>

Forflytninger på trapper (almindeligvis/normalt forekommende)			
Kommer selv op ad trappe		Kommer selv ned ad trappe	
Nej	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Kræbler, kryber	<input checked="" type="checkbox"/>	Kræbler, kryber	<input checked="" type="checkbox"/>
Går	<input type="checkbox"/>	Går	<input type="checkbox"/>
Går op ad trappe		Går ned ad trappe	
Med personstøtte og brug af gelænder	<input checked="" type="checkbox"/>	Med personstøtte og brug af gelænder	<input type="checkbox"/>
Med personstøtte	<input type="checkbox"/>	Med personstøtte	<input checked="" type="checkbox"/>
Med brug af gelænder	<input type="checkbox"/>	Med brug af gelænder	<input type="checkbox"/>
Uden støtte	<input type="checkbox"/>	Uden støtte	<input type="checkbox"/>
Anvender elevator		<input type="checkbox"/> Nej	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

Cykler			
Alle former for cykling, f.eks. selvstændig cykling m/u. støtte, tandem, armcykling m.m.			
Oftest <input type="checkbox"/>	En gang i mellem <input type="checkbox"/>	Sjældent <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>
(dagligt)	(et par gange pr. uge)	(et par gange pr. måned)	



# Side 4

Ortoser (Flere alternativer må angives)

Anvender barnet ortoser    Nej     Ja

Type	Højre	Venstre	Anvendelsestid i timer pr. dag				
			< 1	1 – 2	3 – 4	5 – 6	> 7
FO (indlæg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFO dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFO nat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO nat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO nat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO nat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formål med ortosen:

Beeholdte/øge bevægelighed     Forbedre funktion     Stabilisere led

Opfylder ortosen sin funktion    Ja     Nej

Hvis nej, hvorfor ikke? (og hvilken ortose?) \_\_\_\_\_

Er der opstået hudirritation/sår ved brug af ortosen?    Nej     Ja

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



# Side 5

CPOP · Fysioterapeut protokol 091001 · Papirudgave  
Anvendes samme med Manual til Fysioterapeut protokol 091001



<b>Operationer og spasticitetsreducerende behandling</b>	
Er barnet siden seneste registrering, blevet opereret?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Dato	Hvilken eller hvilke operationer?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Er barnet siden seneste registrering, behandlet med botulinum toksin type A (Botox/BoNT-A) i underekstremiteterne	<input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja
Dato	Muskler og dosis
· <b>05.07.2009</b>	<b>Gastrocnemius og Soleus</b>
_____	_____
_____	_____
Er barnet i behandling med spasticitetsreducerende medicin, som f.eks. Baklofen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja





## Fysioterapi

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

Nej  Ja

Hvis Ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

Mindre end 1 gang pr. mdr.  1-3 gange pr. mdr.

## 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?

>5 gange pr. uge  
ingsperioder med højre intensitet?

rt fysiske idrætsaktiviteter i

3-5 gange pr. uge  
rt fysiske fritidsaktiviteter?

Nej  Ja

Hvis Ja, hvor ofte er det almindeligvis sket?

1-2 gange pr. uge  1-2 gange pr. uge  1-2 gange pr. uge

Hvilken eller hvilke fysiske fritidsaktiviteter?

Svømning  Ridning  Fodbold  Dans  Fitness  Gymnastik

Skiløb  Skøjtning  Basketball  Boccia  Bueskydning  Ishockey

Andet: \_\_\_\_\_  Cykling  Håndbold  Petroløb



# 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