

Ange motivering till dubbelförskrivning under rubriken Övrigt (sid. 2)

Kombinerad elrullstol ska provas i första hand.

Sittproblematik föreligger om patienten exempelvis inte får tillräckligt med stöd i sittande, får sittsår av sittande i elrullstolen eller dylikt.

Konsultation

- ☐ Elrullstol manuell styrning
☐ Behov av två elrullstolar
☐ Dyna/sits

- ☐ Elrullstol motoriserad styrning
☐ Byte av elrullstol
☐ Övrigt, ange vad:

- ☐ Elrullstol vårdarmanövrerad
☐ Bälte/sele

☐ Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med "bilaga sittanalys".

☐ Bifogar bilaga

Förskrivare		Patient	
Kombikakod		Personnummer	
Namn		Namn	
Telefon - Ej växelnummer	☐ AT ☐ SC		
E-post			
Arbetsplats		Ev	Telefon - Helst mobiltelefon

Ange ett telefonnummer som vi kan nå dig på!

Effekt/nytta, angelägenhet och konsekvens ska (som lägst) bedömas som **stor** (3) och frekvens som **ofta** (3).

Vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/hjalpmedelsguiden/bedomad-och-forskriva/beslutsstod-hjalpmedel/

Frekvens x Effekt/nytt = Resultat
T ex. 3x3=9

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:		
Frekvens:	Effekt/Nytta:	Resultat:
Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:		
☐ Förflytta sig, steg 3. I bostaden.	☐ Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden.	☐ Förflytta sig, steg 5. Promenader
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)		

- Elrullstol kan förskrivas till person med bestående och **betydande** förflyttningssvårigheter.
- Viss gåmförmåga får förekomma men den ska vara starkt reducerad.
- Elrullstol förskrivas om **inte** övriga förflyttningshjälpmedel, som t ex manuell rullstol täcker behovet av förflyttning.
- Den ska **ersätta gåmförmågan**, **inte** cykel/moped, bil eller kollektivtrafik och ska på ett påtagligt sätt öka individens möjlighet till självständighet i det dagliga livet.

Problemställning
Hur svårt är det att utföra aktiviteten/vara delaktig/utföra denna rörelse idag?

Målsättning
Nytta/Konsekvens • Hur mycket lättare blir det för patienten att utföra aktiviteten? • Hur tror du att det skulle påverka patienten om hen inte får hjälpmedlet?

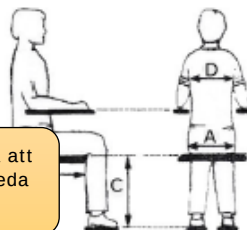
Överflyttning till/från rullstol/stol
☐ utan assistans ☐ med assistans ☐ med lyft ☐ annat:
Användningsområde:
☐ Enbart inne ☐ Mest inne/Lite ute ☐ Mest ute/Lite inne ☐ Enbart ute
☐ Eget boende ☐ Korttidsboende ☐ Förskola
☐ Boende med särskild service enligt LSS ☐ Daglig verksamhet enligt LSS ☐ Skola
☐ Särskilt boende för äldre ☐ Dagverksamhet för äldre ☐ Rh-klass/särskolegrupp
Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel
☐ Ja ☐ Nej
Om ja, hur har det fungerat?

Patientens personnummer:

Läs igenom checklistan "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av blanketten

Mått

Sittbredd (A)	_____ cm
Sittdjup (B) hö/vä	_____ cm
Underbenslängd (C)	_____ cm
Bålbredd (D)	_____ cm
Kroppsvikt	_____ kg
Kroppslängd	_____ cm



Ange mått så att vi kan förbereda en elrullstol.

Nuvarande elrullstol

Modell:

Fylls i om patienten har en elrullstol.

Registreringsnummer:

Hur lång tid sitter brukaren i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

Utomhus:

- Rymligt/trångt?
- Finns det några mått att ta hänsyn till? Hiss? Entrédörr?
- Kuperat?
- Asfalt/grus?

Ange andra mått att ta hänsyn till så som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/förflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad?

☐ Ja

☐ Nej

Kommentar:

Ska förvaras inomhus, vid minst +5°, i låst utrymme.

Trolig modell av elektrisk rullstol

☐ Manuell styrning/styre

☐ Joysticksstyrning

Kallas även motoriserad styrning.

Styrsätt på rullstolen

☐ Reglage höger

☐ Reglage vänster

☐ Vårdarstyrning

☐ Alternativt styrsätt (knappar, mittstyrning m.m.)

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

☐ Eget boende, körs av närstående

☐ Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 tim per vecka från Försäkringskassan)

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt styrd elrullstol)

Gäller ej hemtjänstpersonal, då utgår en hyresavgift.

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt:

Ange här om det finns något som vi bör veta innan besöket.

Ange motivering till eventuell dubbelförskrivning

Fylls i av Hjälpmedel Stockholm.

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

☐ Scannad

☐ Ankomstregistrerad

Datum:

Signatur: