

Oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese Ergoterapiprotokoll



eReg versjon januar 2020.

Personnummer	Dato undersøkelse
Etternavn	Fornavn

SCPE Diagnose

Spastisk	Unilateral	Hemiplegi, høyre	<input type="checkbox"/>
		Hemiplegi, venstre	<input type="checkbox"/>
	Bilateral	Diplegi	<input type="checkbox"/>
		Kvadriplegi	<input type="checkbox"/>
Dyskinetisk		Choreoathetose	<input type="checkbox"/>
		Dystoni	<input type="checkbox"/>
Ataktisk			<input type="checkbox"/>
Ikke klassifiserbar CP			<input type="checkbox"/>

Mini MACS / MACS

	I	II	III	IV	V	Ikke klassifisert
MACS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOUSE funksjonsklassifisering av hver hånd

Hø Ve

House 0 - 8

Har barnet tohåndsfunksjon

Ja Nei Vet ikke

Kommer i neste oppgradering

CFCS Communication Function Classification System

	I	II	III	IV	V	Ikke klassifisert
CFCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnet bruker følgende kommunikasjonsformer:

- Tale
- Lyder (som "aaaah" for å påkalle samtalepartnerens oppmerksomhet)
- Blikkpeking, mimikk, gester og/eller peking (med en kroppsdelt, pekepinne eller laser)
- Manuelle tegn (håndtegn)
- Kommunikasjonsbok, -tavler og/eller bilder
- Lav- eller høyteknologiske talemaskiner
- Annet

HAI Hand Assessment for InfantsUtført: Ja Nei Vet ikke

Dato utført: _____ % asymmetri: _____

Sumskåre H. hånd: _____ Sumskåre V. hånd: _____ Total Sum: _____ HAI-Unit (0-100): _____

Mini AHA Mini Assisting Hand AssessmentUtført: Ja Nei Vet ikke

Dato utført: _____ Sumskåre: _____ Mini-AHA-Unit (0-100): _____

AHA Assisting Hand AssessmentUtført: Ja Nei Vet ikke

Dato utført: _____ Sumskåre: _____ AHA-Unit (0-100): _____

BoHA Both Hand AssessmentUtført: Ja Nei Vet ikkeDato utført: _____ % asymmetri: _____ Dom. Hand: Hø Ve Mixed Vet ikke

Sumskåre H.hånd: _____ Sumskåre V.hånd: _____ Total Sum: _____ BoHA-Unit (0-100): _____

BoHA postural kontroll i sittende: _____

PEDI Pediatric Evaluation of disability InventoryUtført: Ja Nei Vet ikke

Dato utført _____

		Råskåre	Skalert skåre	Standard feil
Funksjonelle ferdigheter:	Egenomsorg	_____	_____	_____
	Forflytning	_____	_____	_____
	Sosial fungering	_____	_____	_____
Hjelpebehov:	Egenomsorg	_____	_____	_____
	Forflytning	_____	_____	_____
	Sosial fungering	_____	_____	_____
Antall tilpasninger:		Barneutstyr	Tekn. Hjelpem.	Omfattende
	Egenomsorg	_____	_____	_____
	Forflytning	_____	_____	_____
	Sosial fungering	_____	_____	_____

Spastisitet etter "Modified Ashwort" skala (0, 1, 1+, 2, 3, 4)





	Hø	Ve
Albufleksorer	_____	_____
Underarmspronatorer	_____	_____
Håndleddsflexorer	_____	_____
Tommelfleksorer /adduktorerer	_____	_____
Fingerflexorer	_____	_____

Leddbevegelse passiv og aktiv

		Hø	Ve
Skulder	Passiv fleksjon (180°)	_____°	_____°
	Aktiv fleksjon	_____°	_____°
Albu	Passiv ekstensjon (0°)	_____°	_____°
	Aktiv Ekstensjon	_____°	_____°
Underarm	Passiv supinasjon (90°)	_____°	_____°
	Aktiv Supinasjon	_____°	_____°
Håndledd	Passiv ekstensjon m/flekt.fingre (70°)	_____°	_____°
	Passiv ekstensjon m/ekst.fingre (70°)	_____°	_____°
	Passiv ulnardeviasjon (30°)	_____°	_____°
	Passiv radialdeviasjon (20°)	_____°	_____°


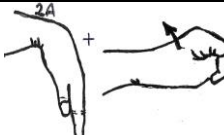
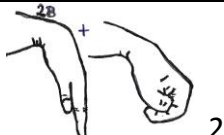

HOUSE Klassifikasjon av tommelens stilling ved aktivt grep

	Hø	Ve
Thumb-in-palm Type 0 – 4	_____	_____

Ingen thumb-in-palm 0	 1	 2	 3	 4	Ikke klassifisert
--------------------------	---	---	---	---	-------------------

ZANCOLLI Klassifikasjon av håndledd og fingres evne til aktiv ekstensjon

	Hø	Ve
Zancolli Type 0, 1, 2A, 2B, 3	_____	_____

Uten anmerkning 0	 1	 2A	 2B	 3	Ikke klassifisert
----------------------	---	--	---	---	-------------------

ERGOTERAPI

Har fått ergoterapeutiske tiltak i 1. eller 2. Linjetjenesten siden forrige CPOP vurdering:

Ja Nei Vet ikke

Ergoterapi:

- Trening av håndfunksjon
- ADL-trening
- Hjelpemiddeloppfølging
- ASK-oppfølging
- Tilrettelegging og veiledning
- Vet ikke

TRENING AV HÅNDFUNKSJON

Har hatt trening for å bedre håndfunksjon siden forrige CPOP vurdering:

Ja Nei Vet ikke

Type

Råd og veiledning for håndfunksjon

<input type="checkbox"/> Funksjonell håndtrening	Ganger per uke	Antall uker
	<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> <2
	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-6
	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 7-12
	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> >12
	<input type="checkbox"/> >7	<input type="checkbox"/> Vet ikke
<input type="checkbox"/> Vet ikke		

<input type="checkbox"/> Modifisert CI-terapi CIMT	<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> <2
	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-6
	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 7-12
	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> >12
	<input type="checkbox"/> >7	<input type="checkbox"/> Vet ikke
	<input type="checkbox"/> Vet ikke	

<input type="checkbox"/> Bimanuell intensiv trening BIMT	<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> <2
	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-6
	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 7-12
	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> >12
	<input type="checkbox"/> >7	<input type="checkbox"/> Vet ikke
	<input type="checkbox"/> Vet ikke	

Utført av Ergoterapeut Fysioterapeut Foreldre Andre Vet ikke

Organisering Individuelt Gruppe Integrrert i hv.aktivitet Vet ikke

Er det formulert mål for tiltaket

Ja Nei Vet ikke

Er målet oppnådd

Ja Nei Delvis Vet ikke

ADL-TRENING

Har hatt ADL-trening siden forrige CPOP vurdering

Ja Nei Vet ikke

Type ADL-trening:

Spise- og drikkesituasjon Toalettsituasjon
 Av- og påkledning Leke- og skolesituasjon
 Tilrettelegging/veiledning av ADL-funksjon

<input type="checkbox"/> ADL trening	Ganger i uken	Uker, tidsperiode
	<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> <2
	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-6
	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 7-12
	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> >12
	<input type="checkbox"/> >7	<input type="checkbox"/> Vet ikke
	<input type="checkbox"/> Vet ikke	

Utført av Ergoterapeut Fysioterapeut Foreldre Andre Vet ikke

Organisering Individuelt Gruppe Integrrert i hv.aktivitet Vet ikke

Er det formulert mål for tiltaket

Ja Nei Vet ikke

Er målet oppnådd

Ja Nei Delvis Vet ikke

ORTOSER

Bruker ortoser:

Ja Nei Vet ikke

Funksjonsortose Ja Nei Vet ikke

	Over ledd	Materiale	Anvendingsstid	Ønsket effekt
Albu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rigid	<input type="checkbox"/> ≤ 6 t/døgn	<input type="checkbox"/> Ja
Underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fleksibelt	<input type="checkbox"/> ≥ 6 t/døgn	<input type="checkbox"/> Nei
Håndledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lycra		<input type="checkbox"/> Vet ikke
Tommel	<input type="checkbox"/>			
Fingre	<input type="checkbox"/>			

Ortose for passiv tøyning Ja Nei Vet ikke

	Over ledd	Materiale	Anvendingsstid	Ønsket effekt
Albu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rigid	<input type="checkbox"/> ≤ 6 t/døgn	<input type="checkbox"/> Ja
Underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fleksibelt	<input type="checkbox"/> ≥ 6 t/døgn	<input type="checkbox"/> Nei
Håndledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lycra		<input type="checkbox"/> Vet ikke
Tommel	<input type="checkbox"/>			
Fingre	<input type="checkbox"/>			

Botulinum toxin (BoNT-A) behandling siden forrige CPOP vurdering

Har fått BoNT-A injeksjon

Ja Nei Vet ikke

Dato: _____

Dato: _____

Dato: _____

Trening i forbindelse med
BoNT-A

Trening i forbindelse med
BoNT-A

Trening i forbindelse med
BoNT-A

Ja Nei Vet ikke

Ja Nei Vet ikke

Ja Nei Vet ikke

Injeksjon er satt i:

Injeksjon er satt i:

Injeksjon er satt i:

- Skuldermuskler
- Albumuskulatur
- Pronatormuskler
- Håndleddsmuskler
- Fingermuskler
- Tommelmuskler
- Vet ikke

- Skuldermuskler
- Albumuskulatur
- Pronatormuskler
- Håndleddsmuskler
- Fingermuskler
- Tommelmuskler
- Vet ikke

- Skuldermuskler
- Albumuskulatur
- Pronatormuskler
- Håndleddsmuskler
- Fingermuskler
- Tommelmuskler
- Vet ikke

Kommentarer

Oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese Kirurgi overekstremiteter

eReg versjon januar2020



Personnummer	Dato kirurgi
Etternavn	Fornavn
Sykehus	

Operasjon i overekstremiteter

Operert side Høyre Venstre

Albu Tenotomi/ løsning

Underarm Rerouting PT
 Tenotomi PT

Håndledd Transposisjon av fleksor til ECRB
 Forlengelse av håndleddsflexorer
 Artrodese

Hånd/ Fingre Forlengelse/tenotomi av fingerflexorer
 Intrinsicløsning
 Transposisjon fleksor til fingerekstensor

Tommel Tenarløsning/ tenotomi
 Transposisjon/ rerouting EPL
 Transposisjon av fleksor til EPB
 Artrodese
 Forlengelse/ tenotomi av tommelflexorer

Annet