

Oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese Fysioterapiprotokoll



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"/>

GMFCS

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

GMFM 66

Utført Ja Nei Vet ikke

Dato utført _____

GMFM 66 Total poengsum _____

Nedre konfidensintervall _____ Øvre konfidensintervall _____

Percentil _____

CHALLENGE

Utført Ja Nei Vet ikke

Dato utført _____

Challenge Total poengsum _____

Nedre konfidensintervall _____ Øvre konfidensintervall _____

FMS 5 m 50 m 500 m

The Functional Mobility Scale _____

Sittehjelpemiddel

Bruker sittehjelpemiddel Ja Nei Vet ikke

Type Arbeidsstol Rullestol u/tilt Rullestol m/tilt Sittesystem
 Sitteskall Formstøpt sits Annet Vet ikke

Antall timer pr dag < 3 3-7 8-12 > 12 Vet ikke

Sittehjelpemiddel brukes
i kombinasjon med

Ortoser for nedre ekstremiteter Truncusortose

Rullestol

Bruker rullestol Ja Nei Vet ikke

Innendørs

Manuell rullestol Bruker ikke Blir kjørt Kjører selv Vet ikke
Elektrisk rullestol Bruker ikke Blir kjørt Kjører selv Vet ikke

Utendørs

Manuell rullestol Bruker ikke Blir kjørt Kjører selv Vet ikke
Elektrisk rullestol Bruker ikke Blir kjørt Kjører selv Vet ikke

Ståhjelpemiddel

Bruker ståhjelpemiddel Ja Nei Vet ikke

Type Ståstativ Ståskall Stårullestol Innowalk
 NF-Walker Annet Vet ikke

Dager pr uke 1-2 3-4 5-6 7 Vet ikke

Antall timer pr dag <1 1-2 3-4 > 4 Vet ikke

Ortoser

Bruker ortoser Ja Nei Vet ikke

	Type ortose	Antall timer			Hensikt med ortosen			Har ortosen effekt		
		≤2	3-6	≥7	ROM	Funksjon	Stabilitet	Ja	Nei	Vet ikke
FO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygg

Skolioseoperert Ja Nei Vet ikke

Har skoliose Ja Nei Vet ikke

Vurdert i Stående Sittende Liggende Vet ikke

Skoliose hvor

Thorakal	<input type="checkbox"/> Høyrekonkveks	<input type="checkbox"/> Venstrekonveks
Thorakolumbal	<input type="checkbox"/> Høyrekonkveks	<input type="checkbox"/> Venstrekonveks
Lumbal	<input type="checkbox"/> Høyrekonkveks	<input type="checkbox"/> Venstrekonveks

Skoliose type Korrigierbar Ikke korrigierbar/rigid Vet ikke

Skoliose grad Lett Moderat Uttalt Vet ikke

Truncusortose

Bruker truncusortose Ja Nei Vet ikke

Hensikt Stabiliserende Korrigerende Vet ikke

Har effekt Ja Nei Vet ikke

Brukes antall timer pr døgn <3 3-7 8-12 > 12 Vet ikke

PPAS Posture and Postural Ability Scale

Er PPAS utført Ja Nei Vet ikke

Dato utført _____

	Ryggleie	Mageleie	Sittende	Stående
Postural kontroll Nivå	_____	_____	_____	_____
Kvalitet frontalt Total poengsum	_____	_____	_____	_____
Kvalitet sagittalt Total poengsum	_____	_____	_____	_____

Spastisitet

Kryssing ved gange/aktivitet Ingen Lett Uttalt Vet ikke

Kryssing i hvile Ingen Lett Uttalt Vet ikke

Fotklonus Høyre Ja Nei Vet ikke

Venstre Ja Nei Vet ikke

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

	Hø	Ve
Hoftefleksorer	_____	_____
Hofteekstensorer	_____	_____
Hofteadduktorer	_____	_____
Knefleksorer	_____	_____
Kneekstensorer	_____	_____
Plantarfleksorer	_____	_____

Leddstatus

	Høyre	Venstre
Hofte		
Abduksjon	_____ °	_____ °
Ekstensjon i mageleie	_____ °	_____ °
Fleksjon	_____ °	_____ °
Innadrotasjon	_____ °	_____ °
Utadrotasjon	_____ °	_____ °
Duncan Ely	_____ °	_____ °

Kne		
Poplitealvinkel	_____ °	_____ °
Ekstensjon	_____ °	_____ °

Ankel		
Dorsalfleksjon med flektert kne	_____ °	_____ °
Dorsalfleksjon med ekstendert kne	_____ °	_____ °

Ankel / Fot

Belastet hel er

Høyre Normal Varus Valgus Vet ikke

Venstre Normal Varus Valgus Vet ikke

Fraktur

Har hatt fraktur siden forrige vurdering

Ja Nei Vet ikke

Smerte

Plaget med smerter i kroppen den siste måneden

Ja Nei Vet ikke

Lokalisering

Hode Hofter
 Nakke/skuldre Legg/knær
 Rygg Føtter
 Armer/hender Annet
 Mage Vet ikke

Hvor ofte

Daglig Ukentlig Sjeldnere Vet ikke

Hvor sterke

Meget svake Svake Moderate Sterke Svært sterke Vet ikke

Hvor mye har smertene påvirket

Daglige aktiviteter

Ikke i det hele tatt Litt Moderat Mye Veldig mye Vet ikke

Søvn

Ikke i det hele tatt Litt Moderat Mye Veldig mye Vet ikke

Hvilke tiltak har foreldre og/eller barnet selv satt i verk for å lindre eller redusere smerter

Hvile
 Massasje
 Skifte stilling/liggestilling
 Reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux, osv)
 Fysioterapi rettet mot smerter
 Konsultert habiliteringstjenesten
 Ingen tiltak
 Vet ikke

Hvem rapporterer om smerter

Barnet/ungdommen Mor/far Annen omsorgsperson Vet ikke

Fysioterapi

Har barnet fått fysioterapeutiske tiltak i tillegg til CPOP-vurderingen

Ja Nei Vet ikke

Balanse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Forflytning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Muskelstyrke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Muskeltonus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Leddbevegelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Postural kontroll	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Kondisjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Respirasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Smerte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke

Hvor ofte får barnet fysioterapi

- <1 g/mnd 1-3 g/mnd 1-2 g/uken
 3-5 g/uken >5 g/uken Vet ikke

Hvor ofte har fysioterapeuten vært tilstede

- <1 g/mnd 1-3 g/mnd 1-2 g/uken
 3-5 g/uken >5 g/uken Vet ikke

Har deltatt i intensive treningsprogram

- Ja Nei Vet ikke

Treningsperiodens lengde

- 2-6 uker 7-12 uker > 12 uker Vet ikke

Treningen er utført

- 3-5g/ uken daglig Vet ikke

Er det formulert mål for fysioterapeutiske tiltak

- Ja Nei Vet ikke

Fysisk aktivitet

Har deltatt i organisert fysisk aktivitet/kroppsøving i barnehage/skole siden forrige vurdering

- Ja Nei Vet ikke

Hvor ofte

- <1 g/uken 1-2 g/uken 3-5 g/uken Vet ikke

Har deltatt i fysiske fritidsaktiviteter

- Ja Nei Vet ikke

Hvis ja, hvor ofte?

- <1 g/uken 1-2 g/uken 3-5 g/uken Vet ikke

Hvilke fysiske fritidsaktiviteter?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Basket | <input type="checkbox"/> Basseng |
| <input type="checkbox"/> Boccia | <input type="checkbox"/> Bueskyting |
| <input type="checkbox"/> Dans | <input type="checkbox"/> Innebandy |
| <input type="checkbox"/> Fotball | <input type="checkbox"/> Gym |
| <input type="checkbox"/> Kjelkehockey | <input type="checkbox"/> Løping/jogging |
| <input type="checkbox"/> Riding | <input type="checkbox"/> Ski |
| <input type="checkbox"/> Skøyter | <input type="checkbox"/> Styrketrening |
| <input type="checkbox"/> Sykling | <input type="checkbox"/> Annet |

Botulinum toxin (BoNT-A) behandling

Har fått BoNT-A injeksjon

Ja Nei Vet ikke

Dato: _____

Dato: _____

Dato: _____

Hvilke muskelgrupper:

Psoas
 Adductorer
 Rectus femoris
 Hamstrings
 Gastrocnemius
 Soleus
 Tibialis posterior
 Vet ikke

Hvilke muskelgrupper:

Psoas
 Adductorer
 Rectus femoris
 Hamstrings
 Gastrocnemius
 Soleus
 Tibialis posterior
 Vet ikke

Hvilke muskelgrupper:

Psoas
 Adductorer
 Rectus femoris
 Hamstrings
 Gastrocnemius
 Soleus
 Tibialis posterior
 Vet ikke

Kommentarer

Røntgen av hofter og rygg



eReg versjon januar 2020

Personnummer	Dato Røntgen
Etternavn	Fornavn
Navn på ortoped/ lege som har vurdert røntgenbilde	

Hofteøntgen	Hø	Ve
Acetabularindeks AI	_____	_____
Migrasjonsprosent MP	_____	_____
Head Shaft Angle HSA	_____	_____

Kommentar	
1. Normale måleverdier. anbefaler videre rtg kontroller iht CPOP	<input type="checkbox"/>
2. Normale, stabile måleverdier. anbefaler at screening avsluttes. Nytt rtg bilde av bekken front tas ved eventuell klinisk mistanke/indikasjon	<input type="checkbox"/>
3. Patologiske verdier. anbefaler at barnet vurderes snarlig av barneortoped mht operasjon	<input type="checkbox"/>
4. Patologiske verdier, barnet er søkt til operasjon.	<input type="checkbox"/>
5. Patologiske verdier, men foreldre ønsker ikke operasjon	<input type="checkbox"/>
6. Patologiske verdier, men ikke indikasjon for operasjon	<input type="checkbox"/>
7. Annet..	<input type="checkbox"/>
8. Vet ikke	<input type="checkbox"/>

Ryggøntgen	Navn på ortoped /lege som har vurdert røntgen bildet		
Dato rygg rtg:			
	Cobbvinkel	Høyrekonveks	Venstrekonveks
Thoracal skoliose	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thoracolumbal skoliose	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbal skoliose	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kirurgi Underekstremiteter

eReg versjon januar 2020

Personnummer	Dato Kirurgi
Etternavn	Fornavn
Sykehus	

Operasjon i Underekstremiteter					
	Hø	Ve	Benet kirurgi	Hø	Ve
Bløtdelsoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acetabulumosteotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoastenotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Variserende femurosteotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adductortenotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotasjonsosteotomi femur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rectus femoris transposisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ekstenderende distal femurosteotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamstringstenotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benet kirurgi i foten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patellar Tendon Advancement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrocnemiusforlengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Akilleseneforlengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bløtdelskirurgi i foten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Skolioseoperasjon	<input type="checkbox"/>
Skolioseoperasjon	<input type="checkbox"/>

Spastisitetsreducerende kirurgi	
Intrathecal Baclofenpumpe (ITB)	Dato _____
Selektiv dorsal rhizotomi (SDR)	Dato _____