



CHECKLISTA UPPFÖLJNING ELRULLSTOLAR

Namn:.....

Personnr:.....

Adress:.....

Telefon:.....

.....

Datum för uppföljning/hembesök:.....

3-mån

Årlig

Förskrivningsdatum:.....

Individnr:.....

Modell elrullstol:.....

Månadskostnad:.....

1. Kan patienten självständigt ladda elrullstolen?

Ja

Nej

2. Hur ofta används elrullstolen?

A. Dagligen

B. 3-6 ggr/vecka

C. 1-2 ggr/vecka

D. 1-3 ggr/månad

E. 1 gång/månad eller mindre

F. Sommarsäsong

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

3. Användningsområde:

Inomhus

Utomhus

Begränsat inomhus/
utomhus

4. Beskrivning av miljön utomhus:

A. Stadsmiljö

B. På landet

C. Asfalt/plant underlag

D. Grusväg

E. Kuperat

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

5. Inomhus, kan patienten självständigt med sin elrullstol utföra följande aktiviteter:

A. Klara sin hygien och/eller toalettbesök

Ja

Nej

B. Laga mellanmål och/eller frukost och/eller middag

Ja

Nej

C. Sköta tvätten

Ja

Nej

D. Städ (beskriv kort).....

.....

E. Annat:.....

6. Utomhus, kan patienten självständigt med sin elrullstol utföra följande aktiviteter:

A. Förvärvsarbete

Ja

Nej

B. Göra inköp

Ja

Nej

C. Utföra ärenden till bank, post etc.

Ja

Nej

D Utföra trädgårdsarbete såsom:.....

E. Sociala aktiviteter, hälsa på släkt och vänner

Ja

Nej

F. Fritid, promenad, skog och mark

Ja

Nej

G. Följa barn/minderåriga till dagis/skola/fritidsaktiviteter

Ja

Nej

H. Annat:.....

Kommentar:.....

7. Har patienten ansvar för annan person som barn/minderårig, make/maka, närstående?

Ja

Nej

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

Vem/vilka personer:.....

Förklara kort på vilket sätt:.....

8. Behöver/har patienten någon person med sig när han/hon kör elrullstolen?

Ja Vem/vilka personer:.....
Nej

Varför behöver patienten någon med sig?.....

9. Vilka aktiviteter kan patienten utföra självständigt efter det att patienten fått sin elrullstol jämfört med tidigare?

.....
.....
.....

10. Hur nöjd är patienten med elrullstolen enligt VAS?

Missnöjd |-----| Helt nöjd

Körprov

12. Förflyttning i och ur elrullstolen

- helt självständigt, med eller utan hjälpmedel	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- med hjälp/tillsyn av annan person	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- har någon förändring skett från hur det tidigare har varit?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

kommentar:.....

13. Hantering av manöverdosa/andra reglage

- självständigt	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- kännedom om reglagens placering och förmåga att hantera dessa	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- starta/stanna/backa	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- frikoppla	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- benstöd, sitsvridning m.m.	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

kommentar:.....

14. Körbeteende

- köra kursstabil efter planerad körriktning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- anpassa hastighet	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- visa uppmärksamhet	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

kommentar:.....

15. Förmåga att köra över hinder/trösklar/trottoarkanter/lutande plan?

- köra över tröskel, trottoarkant och lutande plan	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- bedöma hinder	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- köra på ojämnt underlag	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- anpassa fart/riktning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Ej aktuellt

kommentar:.....

16. Förmåga att köra/backa/vända i trånga utrymmen

- svänga snävt runt hörn	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- backa rakt, backa och svänga till höger resp vänster	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- vända i trångt utrymme	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- köra in i/ur hiss, stå rätt placerad, trycka på hissknapp	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Ej aktuellt

kommentar:.....

17. Beteende i trafiken

- välja rätt sida av vägbana, trottoar	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- köra över övergångsställe	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- signalera ändrad färdriktning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- visa hänsyn till andra trafikanter	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
- hastighetsanpassa	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

- visa uppmärksamhet
- ej aktuellt

Ja

Nej

kommentar:.....

18. Påminn och informera om:

- skötsel
- förvaring
- laddning
- försäkring
- ersättningskyldighet
- elrullstolen är ett lån
- återlämning vid förändrade förhållanden eller riktlinjer

Rekommendation:

- A. Fortsatt användning
- B. Tveksam
- C. Återtagande

Uppföljningen utförd av arbetsterapeut:.....

Arbetsplatsadress:.....

Telefon:.....

BESLUT

I samråd med Hjälpmedelsgruppen Primärvården Skaraborg

Beviljas

Återkallas

Datum:.....

Kostnadsansvarig:.....