

# Verksamhetsområde Hjälpmedel



## Utprovningsunderlag med måttangivelser

AO - nummer: \_\_\_\_\_

Patientens namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

### **Sitt**

Längd: _____	Sittvagn	enkel	
Höftbredd: _____		avancerad	
Sittdjup: _____			
Underbenslängd hö: _____	Manuell rullstol	aktiv	
Underbenslängd vä: _____		komfort	
Sits - skulderblad: _____			
Sits - hjässa: _____	Elrullstol	joystick	högerstyrning
Vikt: _____		styre	vänsterstyrning
		annat	
	Arbetsstol/höga barnstolar		
	Hygienstol		

### **Gå/Stå/Cykla**

Längd: _____	Gåstol		
Golv - axil: _____	Gåbord		
Golv - armbåge: _____	Rollator	framåtvänd	
Golv - handled: _____		bakåtvänd	
Golv - fingertopp: _____	Ståstöd	med ståskal	med drivhjul
Bålomkrets: _____		utan ståskal	utan drivhjul
Höftomkrets: _____	Cykel	fast nav	
Vikt: _____		frihjul	

### **Lyftas**

Längd: _____	Typ av lyftsele:	sittande lyft	hygien
Höftbredd: _____		ståskal	gång
Axelbredd: _____	Behov av stöd:	huvudhögt	
Midjemått: _____		axelhögt	
Stuss - axel: _____		under axelhöjd	
Stuss - hjässa: _____			
Vikt: _____	Är patienten i behov av att sitta kvar i selen?		ja
			nej

Vilken lyft skall selen användas till, ange modell:

### **Övrig information viktig för utprovningen:**