

Ordination av fysisk aktivitet, FaR®

Denna blankett för Fysisk aktivitet på Recept, FaR 2.0, är framtagen i samarbete mellan Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, YFA och Region Stockholm.

Personuppgifter*

Förnamn och efternamn		
Personnummer	Telefon	Datum

Nuvarande fysisk aktivitet*

Fysisk träning per vecka (kraftig ökning av puls, andning = hög intensitet)
Antal minuter
Vardagsmotion per vecka (ökning av puls, andning = måttlig intensitet)
Antal minuter
Aktivitetsminuter per vecka
Muskelstärkande fysisk aktivitet dagar per vecka
Sittande under ett normalt dygn, timmar per dag

Nuvarande status

Funktion/kapacitet

Test 1	Ange resultat
Test 2	Ange resultat

Sjukdomsspecifika markörer

Markör 1	Ange resultat
Markör 2	Ange resultat

Hälsorelaterad livskvalitet

Instrument 1	Ange resultat
Instrument 2	Ange resultat

Personens egen målsättning och förväntan

--

Anledning till ordination

--

Ordination

Om den diagnosspecifika rekommendationen inte uppfyller de allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet komplettera om möjligt innehållet i ordinationen nedan.

Intensitet	🚴 Pulshöjande (aerob) fysisk aktivitet		🏋️ Muskelstärkande fysisk aktivitet			
	Antal minuter/ tillfälle	Antal tillfällen/ vecka	Antal övningar	Antal repetitioner	Antal set	Antal tillfällen/ vecka
Måttlig						
Hög						
Kombinerad						
Minska stillasittande genom att (kan innefatta fysisk aktivitet på låg intensitet)						

Ordination – form och planering av fysisk aktivitet

Välj aktivitet 1	Välj aktivitet 2	Välj annan aktivitet
Ange hur/var/när aktiviteten/aktiviteterna ska genomföras		
Tänk på att		
Välj stöd till beteendeförändring	Ange stöd till beteendeförändring	

Förväntad medicinsk effekt

Ange förväntad medicinsk effekt

Uppföljning*

Uppföljning kommer att utföras av	Förskrivaren	Annan ange vem	
När kommer uppföljning göras? Ange tid eller ange datum			
Uppföljningen kommer att ske via	Återbesök	Telefon	Videobesök

Utvärdering

Fysisk aktivitet (aktivitetsminuter)* Muskelstärkande fysisk aktivitet (dagar) Stillasittande (timmar) Personens egen målsättning*	Funktion/kapacitet Hälsorelaterad livskvalitet Sjukdomsspecifika markörer Annat
---	--

Ordinerad av

Namn	Yrke/arbetsplats
Telefon	Giltighetstid, max ett år