

CPEF eftirfylgni - FULLORÐNIR

Kennitala _____ Dagsetning _____

Nafn _____

Búseta Býr einn Á sambýli Í foreldrahúsum Annað búsetuform

Stuðningur Nei <60 tíma á viku 60 – 160 tíma á viku >160 tíma á viku

Önnur hjálp Nei Heimaþjónusta Liðveisla Aðstoð frá fjölskyldu/ættingjum

Starf Launað starf Nám Dagvist
 Annað starf Sérskóli Ekkert starf

Umfang/magn <25% 26 – 50% 51 – 75% 76 – 100%

Túlkur Nei Já Mál _____

Hjúskaparstaða Býr einn Í sambúð Fjöldi barna _____

Matið framkvæmt af _____

Vinnustaður _____

Undirflokkar CP

- Spastisk unilateral Hægri Vinstri
- Spastisk bilateral
- Ataxi
- Dyskinesi
- Óflokkanlegt/blandaður
- Athugasemdir _____

GMFCS Grófhreyfifærnisflokkun I II III IV V

MACS Fínhreyfiflokkun I II III IV V

CFCS Flokkun á tjáskiptum

 I II III IV V

Eftirtaldar tjáskiptaleiðir eru notaðar:

- Tal
 Hljóð („s.s. aaah“) til að fanga athygli viðkomandi
 Augnaráð, svipbrigði, bendingar (t.d. með líkamshluta, pinna eða laserbendli)
 Táknmál
 Samskiptabók, kort og/eða myndir
 Talgerfitt/taltæki
 Annað

Athugasemdir _____

VIRK HREYFIGETA – Í sitjandi stöðu

	Hægri		Vinstri	
Hönd á hnakka	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Hönd að munni	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Hönd á mjóbak	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Virk rétthverfing (supination)	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Virk rétthverfing í gráðum	_____°		_____°	

ÞUMALL

Stirðleiki til staðar (volarabduktion)

Hægri Nei JáVinstri Nei Já

Þumall í lófa, skv House

Hægri Engin I II III IVVinstri Engin I II III IV

Athugasemdir _____

Zancolli, rétta samtímis úr úlnlið og fingrum

Hæ 1+X I 2A 2B 3 Gengur ekki að metaVi 1+X I 2A 2B 3 Gengur ekki að meta

Athugasemdir _____

Fínhreyfiflokkun, samkvæmt House 0 – 8

Hægri _____

Vinstri _____

Ríkjandi hönd Hægri Vinstri BáðarSambeiting handa er til staðar Nei Já

Athugasemdir _____

LIGGJANDI, hvíldar- og svefnstaða (Má velja marga möguleika)

- Baklega
 Magalega
 Hliðarlega hægri
 Hliðarlega vinstri
 Önnur hvíldar-og svefnstaða
- Hve lengi á dag í legustöðu:
- < 8 klst
 8-12 klst
 >12 klst

Notar stuðning við legustöðu:

- Nei Koddar Stillanlegt rúm Annað _____

Athugasemdir _____

Óvirkir hreyfiferla – í baklegu (sjá leiðbeiningahefti varðandi staðlaða upphafsstöðu)

		Hægri	Vinstri	Víkur frá staðlaðri stöðu Ef já, hvernig?
Öxl				
Fráfærsla (abduktion)	160°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Beygja (flexion)	160°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Útsnúningur	45°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Innsnúningur	40°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Olnbogi				
Rétta (extention)	-10°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Beygja (flexion)		_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Rétthverfing (supination)	80°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Ranghverfing (pronation)	80°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Úlnliður				
Rétta (extention)	60°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Rétta með beina fingur	60°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Beygja (flexion)		_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Ulnardeviation	0°, 45°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Radialdeviation	20°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Mjaðmir				
Fráfærsla (abduktion)	40°;30°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Innsnúningur (inrotation)	40°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Útsnúningur (utrotation)	40°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Flexion	110°;100°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Extention	0°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Hné				
Hnébeygjuhorn	140°;130°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Hnébeygja (flexion)	120°;100	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Hné rétta (extention)	0°;-10°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Ökkli				
Dorsalflexion með bogið hné	20°;10°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____
Dorsalflexion með beint hné	10°;0°	_____ °	_____ °	Já <input type="checkbox"/> _____

Athugasemdir _____

Spastisitet/Vöðvaspenna

Krossun í göngu / virkni engin létt áberandi/mikil
 Krossun í hvíld engin létt áberandi/mikil

Hægri**Vinstri**

Vöðvakippir (klonus) í fótleggjum Nei Já Nei Já
 Vöðvakippir (klonus) í höndum Nei Já Nei Já

Spastisitet í úlnliðs-/fingurflexorum Nei Já Nei Já
 Spastisitet í táflexorum Nei Já Nei Já

Mat á óviljastýrðri vöðvaspennu eftir Mod Ashworthskala (sjá einnig leiðbeiningahefti)

0 = Engin hækkun á vöðvaspennu.

1 = Lítil hækkun á vöðvaspennu, kemur fram sem ”grip og eftirgjöf” (catch-release) eða sem lágmarks mótstaða í lok hreyfiferils.

+1 = Lítil hækkun á vöðvaspennu, lýsir sér sem ”grip” (catch) og í kjölfar þess lágmarks mótstöðu það sem eftir er hreyfiferilsins (minna en helming hreyfiferilsins).

2 = Greinilegri hækkun á vöðvaspennu í meirihluta hreyfiferilsins, en þó er enn auðvelt að hreyfa.

3 = Umfærslu hækkun á vöðvaspennu, erfitt að framkvæma passífar (óvirkar) hreyfingar.

4 = Stírðleiki við flexion (beygju) eða extension (réttu) líkamshlutans.

	Hæ						Vi					
	0	1	+1	2	3	4	0	1	+1	2	3	4
Olnbogaflexorar	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aðfærsluv.mj.(adduktion)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hnébeygjuv.(flexion)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réttivöðvar ökkla (plantarfl.)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Athugasemdir: _____

PPAS, stöðustjórn í liggjandi stöðu

- 1= Ekki er hægt að rétta úr kreppum og koma fyrir í liggjandi stöðu
- 2= Hægt er að rétta úr og leggja í baklegu en þarf aðstoð við að halda stöðunni
- 3= Getur legið í baklegu án stuðnings en getur ekki hreyft sig
- 4= Getur beygt bol (nær stöðugleika í bol til að lyfta höfði eða hné)
- 5= Getur flutt sig til hliða og aftur í upphafsstöðu
- 6= Getur flutt sig úr liggjandi stöðu
- 7= Getur komið sér í og úr liggjandi stöðu

Athugasemdir _____

PPAS, ósamhverfa í baklegu**Baklega, frontalt (Stig 1=já, 0=nei)****Baklega, sagittalt (Stig 1=já, 0=nei)**

Höfuð í miðlínu		Höfuð í miðlínu (þunnur koddur)	
Bolur samhverfur		Bolur í eðlilegri stöðu	
Mjaðmagrind í miðstöðu		Mjaðmagrind í miðstöðu	
Fætur beinir og í eðlilegri stöðu miðað við mjaðmagrind		Fætur, mjaðmir og hné bein	
Handleggir niður með hliðum		Fætur hvíla í eðlilegri stöðu	
Þungaburður jafn milli hliða		Þungaburður jafn milli hliða	
Heildarstig		Heildarstig	

Athugasemdir _____

PPAS, stöðustjórnun sitjandi á bekk

- 1= Ekki er hægt að setja í sitjandi stöðu á bekk
- 2 = Getur setið ef settur í stöðuna en þarf stuðning
- 3= Getur setið án stuðnings en ekki hreyft sig
- 4= Getur hallað bol fram og aftur innan undirstöðuflatar
- 5 = Getur flutt þunga til hliðar og til baka í upphafsstöðu
- 6 = Getur flutt sig úr sitjandi stöðu
- 7= Getur staðið upp úr sitjandi stöðu og sest aftur

Athugasemdir _____

PPAS, ósamhverfa sitjandi**Sitjandi, frontalt (Stig 1=já, 0=nei)****Sitjandi, sagittalt (Stig 1=já, 0=nei)**

Höfuð í miðlínu		Höfuð í miðlínu	
Bolur samhverfur		Bolur í eðlilegri stöðu	
Mjaðmagrind í miðstöðu		Mjaðmagrind í miðstöðu	
Fætur beinir og í sundur og í eðlilegri stöðu miðað við mjaðmagrind		Mjaðmir í beygju (90°)	
Handleggir niður með hliðum		Hné beygð (90°)	
Þungaburður jafn milli hliða		Fætur í eðlilegri stöðu, iljar í gólfi	
Heildarstig		Heildarstig	

Metið í sitjandi stöðu: Án stuðning Með stuðningi

Athugasemdir _____

Mat á hrygg og hryggskekkju (sjá leiðbeiningahefti)**Er með hryggskekkju**

- Nei
 Já

Hryggskekkjan er

- Leiðréttanleg
 Ekki leiðréttanleg

Aðgerð vegna hryggskekkju

- Nei
 Já (ekki skylda að framkvæma matið)

Brjósthryggjar

Brjóst-lendarhryggjar

Lendarhryggjar

Hæ

- Convex (kúpt)
 Convex (kúpt)
 Convex (kúpt)

Vinstri

- Convex (kúpt)
 Convex (kúpt)
 Convex (kúpt)

Hryggskekkjan er

- lítil
 meðal
 mikil

Metið í: Standandi stöðu Sitjandi á bekk

Liggjandi

Athugasemdir _____

Bolbelti**Notar bolbelti Nær spelkan tilætluðum árangri?**

- Nei Nei, hvers vegna? _____
 Já Já

Hvers konar bolbelti

- Mjúk tauspelka
 Plastspelka (hálfhörð)
 Koltrefjaspelka

Meðalnotkun tímar á dag/sólarhring

- <6 klst
 6-10 klst
 ≥10

Athugasemdir _____

Sitjandi (Má merkja við fleiri en einn möguleika)

- Situr ekki Situr fjölda tíma á sólahring
 Notar sérmót < 8 klst
 Hjólastóll (með tildi) 8 - 12 klst
 Hjólastóll (án tilts) > 12 klst
 Vinnustóll
 Hefðbundinn stóll
 Annað Hvað? _____

Athugasemdir _____

Standandi staða

- Stendur ekki
 Stendur sjálfur með aðstoð hjálpartækis (þar með talið stuðn. við húsgögn og vegg)
 Stendur sjálfur án hjálpartækja (má styðja sig við eigin líkama)

Notar standhjálparkæki

- Nei Já

Fjöldi daga á viku:

- 1-2 3-4 5-6 7

Fjöldi tíma á dag:

- <1 1-2 3-4 >4

Tegund standhjálparkækis? (Nefna má fleiri möguleika):

- Vippstandur/ Standur Standskel Standhjólastóll Annað _____

Standhjálparkæki eru notuð með (nefna má fleiri möguleika): Spelkum Bolbelti

PPAS, stöðustjórn í standandi stöðu

- 1=Ekki er hægt að rétta úr og setja í standandi stöðu
 2=Hægt er að rétta úr og setja í standandi stöðu með aðstoð
 3=Getur staðið án stuðnings en getur ekki hreyft sig
 4=Getur hallað sér fram og aftur innan undirstöðuflatar
 5=Getur flutt þunga til hliðar og aftur til baka í upprunalega stöðu
 6=Getur flutt sig til í standandi stöðu (*t.d. fært annan fót fram fyrir hinn*)
 7=Getur gengið og stöðvað og hreyft sig

Athugasemdir _____

PPAS, ósamhverfa standandi**Sitjandi, frontalt (Stig 1=já, 0=nei)****Sitjandi, sagittalt (Stig 1=já, 0=nei)**

Höfuð í miðlínu		Höfuð í miðlínu	
Bolur samhverfur		Bolur í eðlilegri stöðu	
Mjaðmagrind í miðstöðu		Mjaðmagrind í miðstöðu	
Fætur beinir og í sundur og í eðlilegri stöðu miðað við mjaðmagrind		Fætur beinir, rétta í mjöðmum og hnjám	
Handleggir niður með hliðum		Fætur í eðlilegri stöðu, iljar í gólfi	
Þungaburður jafn milli hliða		Þungaburður jafn	
Heildarstig		Heildarstig	

Metið í standandi stöðu: Án stuðnings Með stuðningi

Athugasemdir _____

Mat á fótum**Tekur þunga á fætur**

- Nei
 Hægri
 Vinstri

Staða á hægri hæl

- Normal
 Varus
 Valgus

Staða á vinstri hæl

- Normal
 Varus
 Valgus

Athugasemdir _____

Að flytja sig (t.d. á salerni eða rúm)

- Sjálfbjarga við að flytja sig í standandi stöðu
 Stendur en þarf stuðning við að flytja sig
 Flytur sig sitjandi
 Þarf lyftara og segl

Athugasemdir _____

Ganga í stiga**Gengur upp tröppur**

- án stuðnings
 með stuðningi handriðs
 með stuðningi aðstoðarmanns
 með stuðningi frá aðstoðarmanni og handriði
 Nei, getur ekki gengið í tröppum

Gengur niður tröppur

- án stuðnings
 með stuðningi handriðs
 með stuðningi aðstoðarmanns
 með stuðningi frá aðstoðarmanni og handriði
 Nei, getur ekki gengið í tröppum

Athugasemdir _____

KVARÐI Á HREYFIFÆRNI (KH) - Functional mobility scale (FMS)

Biðjið foreldra eða einstaklinginn sjálfan um að áætla hvernig hann fer venjulega um á eftirfarandi þremur vegalengdum. Gefið kvarða fyrir viðkomandi vegalengd.

_____ 5 metra _____ 50 metra _____ 500metra

N = Á ekki við, t.d. ef einstaklingurinn kemst ekki ákveðna vegalengd

C = Skríður um: Einstaklingurinn fer um skríðandi heima (5 m).

1 = Notar hjólastól: Getur e.t.v. staðið við flutning, jafnvel tekið nokkur skref með stuðningi aðstoðarmanns eða með aðstoð göngugrindar/stuðnings

2 = Notar göngugrind: Án stuðnings aðstoðarmanns

3 = Notar hækjur: Án stuðnings aðstoðarmanns

4 = Notar stafi (einn eða tvo): Án stuðnings aðstoðarmanns.

5 = Sjálfbjarga á jöfnu/slétu undirlagi: Notar ekki hjálpartæki eða stuðning aðstoðarmanns.

*Þarf að styðja sig við handrið í tröppum.

*Ef einstaklingurinn styður sig við húsgögn, vegg, girðingar eða búðarglugga skal gefa (4) til að lýsa færni.

6 = Sjálfbjarga á mismunandi undirlagi: Notar engin gönguhjálpartæki né hefur þörf fyrir aðstoð annarrar manneskju þegar það gengur á mismunandi undirlagi, þar með talið ójöfnu undirlagi, gangstéttarbrúnum og í margmenni.

Athugasemdir _____

FERÐAST UM Í HJÓLASTÓL Innanhúss – algengasta notkun (viðbótaruppl. við FMS/KH)

Handknúinn hjólastóll: Notar ekki Ekur sjálfur Er ekið í
 Rafknúinn hjólastóll: Notar ekki Ekur sjálfur Er ekið í

Utanhúss – algengast notkun (viðbótaruppl. við FMS/SFK)

Handknúinn hjólastóll: Notar ekki Ekur sjálfur Er ekið í
 Rafknúinn hjólastóll: Notar ekki Ekur sjálfur Er ekið í

Athugasemdir _____

VerkirSvarað af: Einstaklingnum sjálfum Af umönnunaraðila Upplífir þú eða umönnunaraðili að þú hafir verki Nei Já**Hversu mikla** verki eða sársauka hefur þú upplifað síðustu fjórar vikur?

	Engan	Mjög lítinn	Lítinn	Miðlungs	Mikinn	Mjög mikinn
Höfuð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hnakki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axlir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlegg/hendur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjaðmir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fætur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Húð, legusár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annað	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ef annað, hvað og hvar? _____

Á undanförunum fjórum vikum – Hversu mikið hefur verkurinn eða sársaukinn truflað:

Þínar daglegu venjur?

(vinnu og aðrar daglegar athafnir)

- Ekkert
 Lítið
 Miðlungs
 Mikið
 Mjög mikið

Svefn?

- Ekkert
 Lítið
 Miðlungs
 Mikið
 Mjög mikið

Athugasemdir _____

EDACS flokkun á færni við að borða og drekka I II III IV VMagn aðstoðar sjálfbjarga þarf aðstoð þarf fulla aðstoð

Athugasemdir _____

Næringarástand

Lengd _____ cm

Þyngd _____ kg

Óþekkt/erfitt að mæla Standandi á vigti Mæld standandi Stólvigt Mæld á mælibretti Lyftuvigt Mæld liggjandi-málband Haldið á einstaklingi Upplýsingar einstaklings Upplýsingar einstaklings

Húðþykktarmæling (í hæð við nafla, beint undir geirvörtu)

<0,5cm (nánast engin húðfita)>0,5cm (húðfita finnst á bol)Sonda Já Nei

Athugasemdir _____

Spelkur (nefna má fleiri möguleika)Notar einstaklingurinn spelkur fyrir efri eða neðri útlími? Nei Já

Gerð spelku	Starfræn		Fyrirbyggjandi/kreppuvörn – notkunartími/ á sólahring			
	Hægri	Vinstri	<6 klst	>6 klst		
1 AFO (dag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AFO (nætur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Athugasemdir _____

Hefur spelkan tilætluð áhrif? (spelka númer 1-4)

 Já Spelka nr. _____, _____, _____, _____ Nei Spelka nr. _____, _____, _____, _____

Ef nei, hvers vegna? _____

Hefur spelkunotkunin valdið **húðáreiti/sári**? Nei Já Spelka nr. _____ Hvar? _____**Beinbrot**Hefur einstaklingurinn brotnað frá síðustu skoðun? Nei Já

Hvar? _____

Aðgerðir og meðhöndlun sem minnkar spastisítet

Hefur einstaklingurinn farið í **aðgerð** frá síðustu skoðun? Nei Já
 Hvaða aðgerð(ir)? Dagsetning

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hefur einstaklingurinn fengið **botoxmeðferð** frá síðustu skoðun? Nei Já
 Í hvaða vöðva? Dagsetning

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hefur einstaklingurinn fylgt þjálfunaráætlun efir aðgerð /botox? Nei Já
 Er einstaklingurinn með **Baklofendælu**? Nei Já
 Tekur einstaklingurinn inn **tónushemjandi lyf** ? Nei Já

Röntgen

Hvenær var síðast tekin röntgenmynd af mjöðmum? _____ Veit það ekki Ekki gert
 Hvenær var síðast tekin röntgenmynd af hrygg? _____ Veit það ekki Ekki gert

Meðferð/þjálfun

Hefur frá **síðustu athugun** fengið þjálfun/aðstoð sem miðar að því að bæta færni og hafa áhrif á eftirfarandi þætti:

Minnka verki	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Liðleika	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Vöðvastyrk	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Úthald	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Stöðustjórn	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Flutningsgetu	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Handbeitingu	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Sjálfs hjálp	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Tjáskipti	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Vitsmuni (kognition)	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já

Athugasemdir _____

Hefur sett **markmið** með þjálfun í samráði við:

Sjúkraþjálfara Nei Já Iðjuþjálfara Nei Já

Annað?

Athugasemdir _____

Líkamleg virkni

Hefur einstaklingurinn tekið virkan þátt í reglulegri **tómstunda- eða íþróttaiðkun** frá síðasta stöðumati?

Nei Sjaldnar en 1 sinni í viku 1-2 sinnum í viku 3-5 sinnum í viku

Hvaða tómstundaiðkun?

Göngutúrar Hlaup Hjólreiðar Sund/sundleikfimi
 Reiðmennska Fótbolti Dans Styrktarþjálfun
 Leikfimi Skíði Kjörfubolti Boccia
 Bardagaíþróttir Bandý Keila Borðtennis/badminton

Annað _____

Athugasemdir _____

Eftirfarandi spurningalistar útfylltir

EQ5D Nei Já

FSS Nei Já

Hefur CPEF matið haft í för með sér tillögur að úrbótum? (Hvað , hverjar?)**Aðrar athugasemdir**

