

**CPEF eftirfylgni - FULLORÐNIR**

Kennitala \_\_\_\_\_ Dagsetning \_\_\_\_\_

Nafn \_\_\_\_\_

Búseta  Býr einn  Á sambylí  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  
 Annað \_\_\_\_\_

Starf  Launað starf  Nám  Dagvist  
 Annað starf  Sérskóli  Ekkert starf

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

Túlkur Nei  Já  Tungumál \_\_\_\_\_

Hjúskaparstaða Býr einn  Í sambúð/gift  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 viðmælanda  
 Augnaráð, svipbrigði, bendingar (t.d. með líkamshluta, pinna eða laserbendli)  
 Táknmál  
 Samskiptabók, kort og/eða myndir  
 Talgerfill/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 (supination) í gráðum	_____°		_____°	

## Þumall

Stirðleiki til staðar (volarabduktion)

Hægri  Nei  JáVinstri  Nei  Já

Þumall í lófa, skv House

Hægri  Nei  JáVinstri  Nei  Já

Athugasemdir \_\_\_\_\_

## Zancolli, rétta samtímis úr úlnlið og fingrum

Hæ  1+X     I     2A     2B     3     Ekki hægt að metaVi  1+X     I     2A     2B     3     Ekki hægt að meta

Athugasemdir \_\_\_\_\_

## Fínhreyfiflokkun, samkvæmt House 0 – 8

Hægri \_\_\_\_\_

Vinstri \_\_\_\_\_

(ATH! Kvarðinn er í gagnstæðri röð miðað við MACS)

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 hreyfiferlar – í baklegu** (sjá leiðbeiningahefti varðandi staðlaða upphafsstöðu)

(Gefið í 0,5,10,20° o.s.frv. – skortur á réttu (extensionsdefect) skráð sem neikvæð gildi -5,-10° o.s.frv.)

		Hægri	Vinstri	Víkur frá staðlaðri stöðu Ef já, hvernig?
<b>Öxl</b>				
Fráfærsla (abdukton)	160°	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
Beygja (flexion)	160°	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
Útsnúningur	45°	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
Innsnúningur	40°	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
<b>Olnbogi</b>				
Rétta (extention) ( <i>Beinn olnbogi 0°</i> )	-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"/> _____
<b>Úlnliður</b>				
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"/> _____
<b>Mjaðmir</b>				
Fráfærsla (abdukton)	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"/> _____
<b>Hné</b>				
Hnébeygjuhorn (beint hné 180°)	140°;130	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
Hnébeygja (flexion)	120°;100	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
Hnéretta (extention) ( <i>beint hné 0°</i> )	0°;-10°	_____°	_____°	Já <input type="checkbox"/> _____
<b>Ökkli</b> ( <i>hlutlaus staða 0°</i> )				
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

	<b>Hægri</b>		<b>Vinstri</b>	
Vöðvakippir (klonus) í fótleggjum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Vöðvakippir (klonus) í höndum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já

Spastísitet í úlnliðs-/fingurflexorum  Nei  Já  Nei  Já  
 Spastísitet 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 lágmarksmótsstöðu 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 = Umtalsverð hækkun á vöðvaspennu, erfitt að framkvæma passífar (óvirkar) hreyfingar.

4 = Mjög mikil hækkun á vöðvaspennu, ekki hægt að framkvæma passívar (óvirkar) hreyfingar (stoppar og kemst ekki lengra) - „Rigid“.

	<b>Hægri</b>						<b>Vinstri</b>					
	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: \_\_\_\_\_

**Bolur** (Liggjandi í baklegu, mælt í cm með málbandi)

Lóðrétt (Vertikalt) Processus coracoideus Hægri – SIAS Hægri \_\_\_\_\_ cm

Processus coracoideus Vinstri- SIAS Vinstri \_\_\_\_\_ cm

Á ská (Diagonalt) Processus coracoideus Hægri – SIAS Vinstri \_\_\_\_\_ cm

Processus coracoideus Vinstri – SIAS Hægri \_\_\_\_\_ cm

Athugasemdir: \_\_\_\_\_

**PPAS, stöðustjórn í baklegu**

- 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 byrjað beygju (flexion) í bol (*nær stöðugleika í bol til að lyfta höfði eða hné*)
- 5= Getur flutt þungann á aðra hliðina og farið aftur í upphafsstöðu (*getur velt sér aðeins yfir á hlið*)
- 6= Getur flutt sig úr liggjandi stöðu (*getur skipt um stöðu t.d. velt sér yfir á maga eða upp í sitjandi*)
- 7= Getur komið sér í og úr liggjandi stöðu (*t.d. upp í sitjandi og aftur í baklegu*)

Athugasemdir: \_\_\_\_\_

**PPAS, líkamsstaða 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	
Ganglimir aðskildir, beinir og í eðlilegri stöðu miðað við mjaðmagrind		Ganglimir beinir, rétta í mjöðmum og hjám	
Handleggir hvíla niður með hliðum		Fætur hvíla í eðlilegri stöðu	
Jafn þungaburður		Jafn þungaburður	
<b>Heildarstig</b>		<b>Heildarstig</b>	

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 (*hægt að víkja frá viðkomandi*)
- 4= Getur hallað bol fram og aftur innan undirstöðuflatar
- 5 = Getur flutt þunga til hliðar og til baka í upphafsstöðu (*frá hægri til vinstri hluta mjaðmagrindar*)
- 6 = Getur flutt sig úr sitjandi stöðu (*skipta um stöðu, t.d. tekur þunga á fætur og lyftir rassi frá undirlagi*)
- 7= Getur staðið upp úr sitjandi stöðu og sest aftur (*t.d. í standandi stöðu og aftur í sitjandi*)

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**PPAS, líkamstaða 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 (neutral)	
Mjaðmagrind í miðstöðu		Mjaðmagrind í miðstöðu	
Ganglimir aðskildir, beinir og í eðlilegri stöðu miðað við mjaðmagrind		Mjaðmir í beygju (90°)	
Handleggir hvíla niður með hliðum		Hné beygð (90°)	
Jafn þungaburður		Fætur í eðlilegri stöðu, iljar í gólfi	
<b>Heildarstig</b>		<b>Heildarstig</b>	

Metið í sitjandi stöðu:  Án stuðnings  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)

**Hægri****Vinstri****Hryggskekkjan er**

- Brjósthryggur  Convex (kúpt)  
 Brjóst-lendarhryggur  Convex (kúpt)  
 Lendarhryggur  Convex (kúpt)

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

- lítil  
 meðal  
 mikil

Metið í:  Standandi stöðu

Sitjandi á bekk

Liggjandi

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Bolbelti**

**Notar bolbelti**  Nei  Já

**Markmiðið með bolbelti er að** (má vera fleiri en eitt svar):

1. Hindra frekari skekkjur  
 2. Viðhalda líkamsstöðu (stabilisera/positionera)  
 3. Bæta færni handleggja/handa  
 4. Bæta höfuðstjórn

**Hefur spelkan náð tilætluðum árangri**

- Nei  Já  
 Nei  Já  
 Nei  Já  
 Nei  Já

**Meðalnotkun tímar á dag/sólarhring**

- <6 klst  6-10 klst  11-20 klst  >20 klst

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Sitjandi** (Má merkja við fleiri en einn möguleika)

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Situr ekki             | Situr fjölda tíma á sólahring        |
| <input type="checkbox"/> Sérnot                 | <input type="checkbox"/> < 8 klst    |
| <input type="checkbox"/> Hjólastóll (með tilti) | <input type="checkbox"/> 8 - 12 klst |
| <input type="checkbox"/> Hjólastóll (án tilts)  | <input type="checkbox"/> > 12 klst   |
| <input type="checkbox"/> Vinnustóll             |                                      |
| <input type="checkbox"/> Hefðbundinn stóll      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Annað                  | Hvað? _____                          |

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Standandi staða**

- Stendur ekki     Stendur með stuðningi     Stendur sjálfur án stuðnings

**Notar standhjálpartæki**

- Nei     Já

Fjöldi daga á viku:     1-2     3-4     5-6     7

Fjöldi tíma á dag:     <1     1-2     3-4     >4

**Tegund standhjálpartækis? (Nefna má fleiri möguleika):**

- Vippsstandur/ Standur     Standskel     Standhjólástóll     Annað \_\_\_\_\_

**Standhjálpartæki eru notuð með** (nefna má fleiri möguleika):     Spelkum (neðri útlimir)     Bolbelti

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**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 aðeins fram og aftur innan undirstöðufatar  
 5=Getur flutt þunga til hliðar og aftur til baka í upprunalega stöðu (*frá einum fæti til annars*)  
 6=Getur flutt sig til í standandi stöðu (*t.d. fært annan fót fram fyrir hinn*)  
 7=Getur hreyft sig úr standandi stöðu (*t.d. gengið og stöðvað*)

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**PPAS, líkamsstaða standandi**

**Standandi, frontalt (Stig 1=já, 0=nei)**

**Standandi, sagittalt (Stig 1=já, 0=nei)**

Höfuð í miðlínu		Höfuð í miðlínu	
Bolur samhverfur		Bolur í eðlilegri stöðu (neutral)	
Mjaðmagrind í miðstöðu		Mjaðmagrind í miðstöðu (neutral)	
Ganglimir aðskildir, beinir og í eðlilegri stöðu miðað við mjaðmagrind		Ganglimir beinir, rétta í mjöðmum og hnjám	
Handleggir hvíla niður með hliðum		Fætur í eðlilegri stöðu, iljar í gólfi	
Jafn þungaburður		Jafn þungaburður	
<b>Heildarstig</b>		<b>Heildarstig</b>	

Metið í standandi stöðu:     Án stuðnings     Með stuðningi     Í standhjálpartæki

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Mat á fótum****Tekur þunga á fætur**

- Nei  
 Hægri  
 Vinstri  
 Báða fætur

**Staða á hægri hæl**

- Normal  
 Varus  
 Valgus

**Staða á vinstri hæl**

- Normal  
 Varus  
 Valgus

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Fall****Hefur þú dottið síðastliðið ár?**

- Nei  
 Já, á hverjum degi  
 Já, í hverri viku  
 Já, í hverjum mánuði  
 Já, sjaldnar

**Ef já,****hefur fjöldi falla aukist?**

- Nei  
 Já

**Ertu hrædd/ur um að detta?**

- Nei  
 Já, en hefur ekki áhrif á daglegt líf  
 Já, hefur að hluta áhrif á daglegt líf  
 Já, hefur mikil áhrif á daglegt líf

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

- Sjálfbjarga við að flytja sig í standandi stöðu án stuðnings  
 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 upp tröppur

**Gengur niður tröppur**

- Án stuðnings  
 Með stuðningi handriðs  
 Með stuðningi aðstoðarmanns  
 Með stuðningi frá aðstoðarmanni og handriði  
 Nei, getur ekki gengið niður tröppur

Athugasemdir \_\_\_\_\_



**Kvarði á hreyfifærni (KH) - Functional mobility scale (FMS) (ATH! Kvarðinn er öfugur m.v. GMFCS)**

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**

Handknúinn hjólastóll:  Notar ekki  Ekur sjálf-/ur  Er ekið í

Rafknúinn hjólastóll:  Notar ekki  Ekur sjálf-/ur  Er ekið í

**Utanhúss – algengasta notkun**

Handknúinn hjólastóll:  Notar ekki  Ekur sjálf-/ur  Er ekið í

Rafknúinn hjólastóll:  Notar ekki  Ekur sjálf-/ur  Er ekið í

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Verkir**Svarað af:  Einstaklingnum sjálfum  Af umönnunaraðilaUpplifir þú eða umönnunaraðili að þér sé illt/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"/>
Háls	<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, læri	<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, leggir	<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, þrýstingssár	<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:

**Daglegar venjur þínar?**

(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  V**Magn aðstoðar**  sjálfbjarga  þarf aðstoð  þarf fulla aðstoð

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Næringarástand**

Lengd \_\_\_\_\_ cm

Þyngd \_\_\_\_\_ kg

Lengd óþekkt/erfitt að mæla Standandi á vigt 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)Er með sondu  Nei  Já

Athugasemdir \_\_\_\_\_

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

Gerð spelku	Bæta færni		Hindra kreppur		Notkunartími/ á sólahring	
	Hægri	Vinstri	Hægri	Vinstri	< 6 klst	≥ 6 klst
1 AFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	<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 ekki? \_\_\_\_\_

**Beinbrot**Hefur einstaklingurinn brotnað frá síðustu skoðun?  Nei  Já

Hvar (staðsetning brots)? \_\_\_\_\_

Ástæða brots:  Fall  Slyss  Brot án áverka (spontantfraktur)  Veit ekki

**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? \_\_\_\_\_ Hvar? \_\_\_\_\_

Hvenær var síðast tekin röntgenmynd af hrygg? \_\_\_\_\_ Hvar? \_\_\_\_\_

**Meðferð/þjálfun**

Hefur frá **síðustu athugun** fengið þjálfun/aðstoð sem miðar að því að bæta eftirfarandi þætti:

Minnka verki	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Liðleika/liðferla	<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 (jafnvægi, stöðugleika)	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Flutningsgetu	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Öndun	<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 Talmeinafræðing  Nei  Já

Annað? \_\_\_\_\_

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Líkamleg virkni**

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

Nei     < 1 sinni í viku     1-2 sinnum í viku     3-5 sinnum í viku     >5 sinnum í viku

**Hvaða tómstundaiðkun?**

<input type="checkbox"/> Göngutúrar	<input type="checkbox"/> Hlaup	<input type="checkbox"/> Hjólreiðar	<input type="checkbox"/> Sund/sundleikfimi
<input type="checkbox"/> Reiðmennska	<input type="checkbox"/> Fótbolti	<input type="checkbox"/> Dans	<input type="checkbox"/> Styrktarþjálfun
<input type="checkbox"/> Leikfimi	<input type="checkbox"/> Skíði	<input type="checkbox"/> Körfubolti	<input type="checkbox"/> Boccia
<input type="checkbox"/> Bardagaíþróttir	<input type="checkbox"/> Bandý	<input type="checkbox"/> Keila	<input type="checkbox"/> Tennis/badminton

Annað \_\_\_\_\_

Athugasemdir \_\_\_\_\_

**Eftirfarandi spurningalistar útfylltir**

EQ5D     Nei     Já

FSS     Nei     Já

Fall     Nei     Já

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