



Protesevurderingsskema til UE
PRIMÆR PROTESEFORSYNING

Opdateret: 27.09.19
Version: 10

Borger:

Udfyldt af:

CPR:

-

Sted:

Dato:

Tidl. test post-operativt

BAMS: ____ / 8

Dato: ____ / ____ - 20____

Ét-ben-stand test (bedst af fem, max 60 sek.): ____ sek.

Dato: ____ / ____ - 20____

Andre:

Amputationsniveau

Højre: TT ☐

KD ☐

TF ☐

HP/HD ☐

Andet: _____

Dato: ____ / ____ - 20____

Venstre: TT ☐

KD ☐

TF ☐

HP/HD ☐

Andet: _____

Dato: ____ / ____ - 20____

Årsag

Dysvaskulær baggrund ☐

Traume ☐

Cancer ☐

Andet: _____

Generel status

Vægt: ____ kg Højde: ____ cm BMI: _____ $\frac{\text{Vægt (kg)}}{\text{Højde (m)}^2}$

Komorbiditeter

CCI Score: 0 ☐

1-2 ☐

3+ ☐

Allergi:

Angiv
komorbiditeter af
betydning for
protesebrug.

Opgør eventuelt
vha. CCI-score,
se manual.

Civilstatus:

Børn/børnebørn: /

Job/sygemeldt/pensionist/andet: _____

Jobfunktion:

Funktionsniveau og ADL før amputation: NMS: ____ / 9 ____ mdr. før amputation

Netværk, socialliv:

Fritidsinteresser:

Andet:

Angiv borgers
nuværende
livssituation,
ADL før
amputation v.
NMS, behov for
hjælp i
dagligdagen,
fritidsinteresser
m.v.

Hjælpemidler og behov for hjælp i dagligdagen:

Plan for boligsituation:

Arbejdsplads inkl. transport:

Tidl./aktuelle/forv
entede
hjælpemidler,
behov for hjælp,
boligforhold,
trapper, rampe,
nærliggende
omgivelser,
arbejde m.v.

Smerter I.a. ☐ Lokalitet & type: NRS _____ / 10 _____ uger efter operation. Smertestillende behandling: ☐ Hvilken:	Generelle, stump- og fantomsmerter, lokalitet, hyppighed og Intensitet (NRS skala 0-10), se manual.
---	---

Status OE Håndfunktion: I.a. ☐ Symptomer: Krydsgreb (MMT 0-5): Højre: Nedsat ☐ 5 ☐ Venstre: Nedsat ☐ 5 ☐ Andet:	Nedsat håndfunktion af betydning for protesebrug.
--	---

Status UE Amputerede ben: I.a. ☐ Kontralaterale ben: I.a. ☐ Aktuel kompressionsbehandling:	Stumpintegritet: Volumenstabil, sensibilitet, kompressionsbehandling m.v. Bilateralt: Ødem, atrofi, behåring, sensibilitet m.v.
Særligt	Særlig anatomi af betydning m.v.

Postoperativt funktionsniveau PROM: I.a. ☐ Udført ____ uger efter operation. Knæ (ekstension – fleksion): Hø ____° - ____° (0°- 135°) Ve: ____° - ____° (0°- 135°) Høfte (ekstension – fleksion): Hø ____° - ____° (30°- 120°) Ve: ____° - ____° (30°- 120°) Andet:		Ledbevægelighed ad modum Hoppenfeld. Normalværdier anført i kursiv. Øvrige bevægeindskrænkning. Eks. ankel samt hofte mobilitet, se manual.
Muskelstyrke UE, <u>venstre/højre</u> (0-5): I.a. ☐ Udført ____ uger efter operation. Dorsalfleksion: ____ / ____ Plantarfleksion: ____ / ____ Knæekstension: ____ / ____ Knæfleksion ____ / ____ Hoftefleksion: ____ / ____ Hofteekstension: ____ / ____ Hofteabduktion: ____ / ____ Hofteadduktion: ____ / ____		Manuel muskelstyrketest (0-5), se manual.
Funktionstests: Ét-ben-stand test (bedst af 5): 1. Test højre ____ sek. / Venstre ____ sek. Udført ____ uger efter operation. 2. Test højre ____ sek. / Venstre ____ sek. Udført ____ uger efter operation. AMPnoPRO: 1. Testscore ____ / 43 Udført ____ uger efter operation. 2. Testscore ____ / 43 Udført ____ uger efter operation. Afledt K-niveau fra AMPnoPRO: K0: (0-8) K1: (9-20) K2: (21-28) K3: (29-36) K4: (37-43)		Funktionstests. For referencer og testmanual, se manual.
Kognitiv status		Initiativ, stemningsleje, motivation, hukommelse, samarbejdsevne
Har borger evnen eller potentialet til at opnå mobilitet, herunder forflytning, med protese? Vil en protese øge borgers livskvalitet?		
Ja ☐ Fortsæt til 'Vurdering' Ja, men udelukkende som forflytnings- eller kosmetisk protese ☐	Nej ☐ Vil borger på sigt kunne opnå evnen eller potentialet? Nej ☐ Ja ☐	

<u>Vurdering</u> Med protese forventer vi at borger kan opnå: Gangfunktion (Indendørs, udendørs, ujævnt terræn, trapper, ramper mv.): Ganghjælpemiddel: Køre bil / cykle / benytte offentlig transport: Grad af selvhjulpenhed (ADL): Fritid, social- og familieliv: Bibeholde nuværende jobfunktion: Andet:	<i>Vil en protese kunne afhjælpe borgers funktionstab og understøtte borgers livssituation?</i> <i>Angiv det forventede funktionsniveau borger vil kunne opnå indenfor protesens levetid.</i>
Forventet aktivitetsniveau (K-niveau) med protese (sæt to krydser) 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐	<i>På baggrund af vurderingsskema et i sin helhed.</i> <i>Sæt to krydser.</i> <i>Se manual.</i>
Begrundelse	<i>Opsummering af vurderingsskema et, inkl. borgers målsætning.</i>
Information til multidiciplinært team	<i>Eventuelle praktiske informationer.</i>
Jeg giver hermed samtykke til, at trænende terapeut må behandle de ovenfor anførte personoplysninger til det anførte formål samt at vedkommende, på mine vegne, må videregive disse oplysninger til yderligere håndtering i relevant kommunalt regi samt hos relevante leverandører. Signatur _____ Dato: ____ - ____ / 20 ____	