

Checklista A1 Individuell bedömsbedömning elrullstol Steg 1

Namn:	
Personnr:	

Problem som ska åtgärdas

Mål med förskrivning av elrullstol

Hälsotillståndets svårighetsgrad

Vilken aktivitetsbegränsning/delaktighetsinskränkning har patienten?

Funktionsnedsättning? Diagnos?

Hur ofta uppstår problemet? (en gång/vecka, flera ggr/vecka, del av året, hela året)

Har patienten gångförmåga? ☐ Ja ☐ Nej

Om patienten har gångförmåga och ska köra elrullstolen själv är gångbedömning obligatorisk. Bör patienten röra på sig i stället för att köra elrullstol? Konsultera fysioterapeut. Se checklista gångbedömning.

Förväntad patientnytta

Aktivitet/Delaktighet

Patientens upplevelse av problemet?

Hur löser patienten problemet idag? (Hur sker förflyttning i dessa aktiviteter/ miljöer idag?)

Vilka förflyttningshjälpmedel har patienten? Hur sker överflyttningar?

Finns andra alternativa förflyttningssätt? (rollator, rullstol, cykel, bil, buss, färdtjänst etc.)

Omgivningsfaktorer

☐ Nytt behov ☐ Rullstolen utsliten ☐ Förändrat behov

Har patienten haft elrullstol tidigare? ☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, när, vilken elrullstol och varför återlämnades den?

Bostaden

Låst förvaringsutrymme, temp lägst +5° ☐ Ja ☐ Nej

Finns eluttag för laddning? ☐ Ja ☐ Nej

Fungerar förflyttning till förvaringsplats? ☐ Ja ☐ Nej

Fungerar överflyttning till elrullstol i förvaringsutrymmet?
☐ Ja ☐ Nej

Behöver bostaden anpassas? (trösklar, dörrbredder, ramp, hiss, förvaringsutrymme, dörrautomatik) ☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, vilka anpassningar?

Andra miljöer

I vilka andra inomhusmiljöer ska elrullstolen användas? (tillgänglighet i dessa miljöer)

Hur ser utomhusmiljön ut? (trafiksäkerhet, trafikmiljö, hastighet på aktuella vägar, finns gång- och cykelbanor mm)

Personligt stöd i omgivningen

Har patienten en omgivning som kommer att underlätta och stödja, anhöriga, eller personal?

Arbeterapeutens samråd med läkare (gäller inte vådarstyrd elrullstol)

Du som arbetsterapeut ska samråda med läkare inför förskrivning av elrullstol. Samrådet kan ske muntligt eller skriftligt. Checklista A4 Läkarnutlåtande elrullstol ska användas som underlag.

Efter läkarsamråd ska du ta ställning till om elrullstol kan förskrivas utan skaderisk.

Steg 2 Inför beställning

Krav på elrullstolen/ val av elrullstol

☐ Inomhusrullstol ☐ Utomhusrullstol ☐ Kombinerad

Patientens förmåga att manövrera/ styrsätt:

☐ Manuell ☐ Joystick ☐ Vårdarstyrning ☐ Annat styrsätt
☐ Höger ☐ Vänster ☐ Omgivningskontroll Hastighet

Sittenhets

Finns sittproblem? Beskriv

.....

Finns trycksårsproblem? Beskriv

.....

Hur långa pass kommer patienten att sitta i stolen?

.....

Annat behov:

.....

Utomhusmiljö

☐ Landsbygd ☐ Gång/cykelbana ☐ Stad
☐ Backar/ kuperat ☐ Plant ☐ Höga kanter
☐ Järnvägsövergång (risker) ☐ Asfalterat ☐ Gräs / grus

Funktioner och tillbehör

Sitsvinkling	☐ manuell	☐ el	
Ryggvinkling	☐ manuell	☐ el	
Benstöd	☐ fast vinkel	☐ vinkelställbara	☐ el
Armstöd	☐ standard	☐ annat	
Bälte	☐ säkerhet	☐ positionering	☐ bröstbälte
Nackstöd	☐ standard	☐ annat	
Bålstöd	☐ ja	☐ nej	
Elsitslyft	☐ ja	☐ nej	
Kryckkäpphållare	☐ ja	☐ nej	

Andra tillbehör

Sitthöjd (cm)

Max mått på elrullstol (dörrbredd, hiss)

Kroppsmått:

Sittbredd (D): _____ cm

Sittdjup (B) hö _____ vä: _____ cm

Bålbredd (E): _____ cm

Underbenslängd (C): _____ cm

Sits – axill (A): _____ cm

Sits – C7 (F): _____ cm

Vikt: _____ kg

