Region Jönköpings län

Statusprotokoll för spasticitet
Fysioterapeut

Personnummer: …….. Namn: …… Fysioterapeut: ……

Datum:													
ROM/ styrka		**Aktivt**		**Passivt**		**Styrka 0-5**		**Aktivt**		**Passivt**		**Styrka 0-5**	
		Hö	Vä	Hö	Vä	Hö	Vä	Hö	Vä	Hö	Vä	Hö	Vä
Axel	flexion												
	abduktion												
	utåtrotation												
	inåtrotation												
Armbåg	flexion												
	extension												
	supination												
	pronation												
Handled	dorsalflexion												
	palmarflexion												
Höft	flexion												
	extension												
	abduktion												
	adduktion												
	utåtrotation												
	inåtrotation												
Knä	flexion												
	extension												
Fotled	dorsflex rakt knä												
	dorsflex böjt knä												
	plantarflexion												

Spasticitet mod. Ashworth (0-5)					
Axel	extensorer				
	adduktorer				
	inåtrotatorer				
Armbågsleds-	extensorer				
	flexorer				
	pronatorer				
	supinatorer				
Handleds-	palmarflexorer				
	dorsalflexorer				
Fingerleds- (PIP)	flexorer korta				
(DIP)	flexorer långa				
	tumme				
Höftleds-	extensorer				
	flexorer				
	adduktorer				
	abduktorer				
Knäleds-	extensorer				
	flexorer				
Fotleds-	plantarflex - rakt knä				
	plantarflex - böjt knä				
	supinatorer				
	dorsalflexorer				
Tåleds-	flexorer				
	stortåflexorer				
	extensorer				
Klonusskala (0-3)					
Pennskala **Frekvens** (0-4)/**Grad** (1-3)					
Spasticitet (VAS)					

Region Jönköpings län

Statusprotokoll för spasticitet
Fysioterapeut

Aktivitetsproblem

Fysisk träning/vardagsmotion

Övrig behandling

Hjälpmedel/ortoser:

Känselfunktioner

Smärta

Hjärta Kärl - svullnad

Neuromuskulärt
Muskellängd
Funk rörelser

Diadokokinesi:
Isolerade rörelser/synergibundenhet:

Förflyttning
Hållning

Balans
Gånganalys

Trappgång
Rullstol: Manövrering/sittande:
Körsträcka: m inomhus, m utomhus

Gång/Balans	Datum	Datum
10 m, max hastighet/antal steg		
TUG		

M-MAS (0-5)	Hö/vä Datum	Hö/vä Datum
Armfunktion		
Handfunktion		
Finmotorik		
Summa (15 p)		

Mål/rekommendation

Patientspecifik funktionell skala PSFS (0-10)	Datum	Datum
1		
2		
3		