

Personnummer: _____

Datum: _____

Namn: _____

Patientnummer: _____

Form P2: Physiotherapist, test form

NEAPE Bedömningsformulär för fysisk funktion (sjukgymnast/studiesköterska)

preoperativt 3 mån 6 mån 12 månader

1) Fysiska mått:

a) Vikt _____ kg (ange en decimal, patienten vägs vid varje besökstillfälle)

b) Midjemått _____ cm (ange heltal, mäts i navelhöjd, direkt på huden, på utandning med patienten stående vid varje besökstillfälle)

2) Skatta smärta i ändtarmsöppningen eller området runt ändtarmsöppningen / i området där ändtarmsöppningen funnits?

VAS _____ (patienten skattar i **stående**, ”hur känns det just nu?”).

Använd en visuell analog skala. Skalans sida utan siffergradering visas för patienten. Ange heltal i mm.

Be patienten att sitta ner på stolen med båda fötterna i golvet och med ryggen mot ryggstödet. Höft och knäinkel ska vara ca 90°, korrigeras vid behov med förhöjning av stol eller låda under fötterna. Sjukgymnasten påbörjar tidtagningen för att notera patientens sittförmåga under 10 minuter (använd tidtagarur). Stolen som patienten sitter på ska vara helt hård (ingen buntad sits) och utan armstöd. Resultatet dokumenteras under punkt 7.

3) Har du behov av hjälpinsatser i hemmet (ex distriktssköterska, personlig assistent, hemtjänst eller liknande) eller har du behövt flytta till annat boende som ger mera service?

0. Nej, ingen insats

1. Ja, hjälp i hemmet

2. Annat boende t.ex. serviceboende

4) Använder du något av följande hjälpmedel?

a) Rollator 0. Nej 1. Ja

b) Gåbord 0. Nej 1. Ja

c) Kryckor/käpp/bock 0. Nej 1. Ja

d) Sitthjälpmedel ex. kudde eller ring 0. Nej 1. Ja

e) Annat hjälpmedel som underlättar gång eller sittande 0. Nej 1. Ja

Personnummer: _____

Datum: _____

Namn: _____

Patientnummer: _____

- 5) Använder du någon av följande smärtbehandling regelbundet, för behandling av smärta i ändtarmsöppningen eller området runt ändtarmsöppningen / området där ändtarmsöppningen funnits?

a) Tabletter

0. Nej

1. Ja dagligen

2. Ja, men ej dagligen

b) Tensstimulering

0. Nej

1. Ja dagligen

2. Ja, men ej dagligen

c) Akupunktur

0. Nej

1. Ja dagligen

2. Ja, men ej dagligen

d) Smärtpump

0. Nej

1. Ja dagligen

2. Ja, men ej dagligen

e) Smärtblockader

0. Nej

1. Ja dagligen

2. Ja men ej dagligen

f) Annat

0. Nej

1. Ja

- 6) Har du pågående eller nyligen avslutat cytostatikabehandling (inom 30 dagar)?

0. Nej, jag har inte
behövt cyt. behandling

1. Cyt. behandlingen har
avslutats >30 dagar sedan

2. Ja

Kontroll av patientformulären (EQ 5D och EORTC 29-30). Patienten bör ha fyllt i dessa formulär hemma. Genomgång av svaren. Kontrollera att patienten förstått frågorna, och fyllt i allt i formuläret. Om patienten glömt formulären hemma eller ej fyllt i dessa, ta nya blanketter och låt patienten fylla i formulären. Ta ifyllda formulär till elektronisk dataregistrering som kan ske efter besöket.

- 7) Notera patientens **sittförmåga** under 10 minuter (använd tidtagarur) under samtidig anamnesupptagning enligt fråga 3-6 samt genomgång av livskvalitetsformulären. Avvakta dock med ev korrigeringar tills 10 minuters sittande har genomförts eller efter att patienten avbrutit sittandet. Kryssa i nedanstående skala.

0. Kan inte sitta 10 minuter i beskriven sittställning.

1. Kan bibehålla beskriven sittställning under 10 minuter.

- 8) **Skatta** smärta i ändtarmsöppningen eller området runt ändtarmsöppningen / i området där ändtarmsöppningen funnits?

VAS _____ (patienten skattar i **sittande**; ”hur känns det just nu?”).

Använd en visuell analog skala. Skalans sida utan siffergradering visas för patienten.

Skatta direkt efter 10 minuters sittande eller då patienten avbryter sittandet. Ange heltal i mm.

- 9) Har du den senaste veckan haft domningskänsla, fyllnads/tryckkänsla, stramhet och/eller smärta i ändtarmsöppningen eller i området omkring ändtarmsöppningen / området där ändtarmsöppningen funnits?

0. Nej

1. Ja

Om Nej, gå vidare till punkt 11.

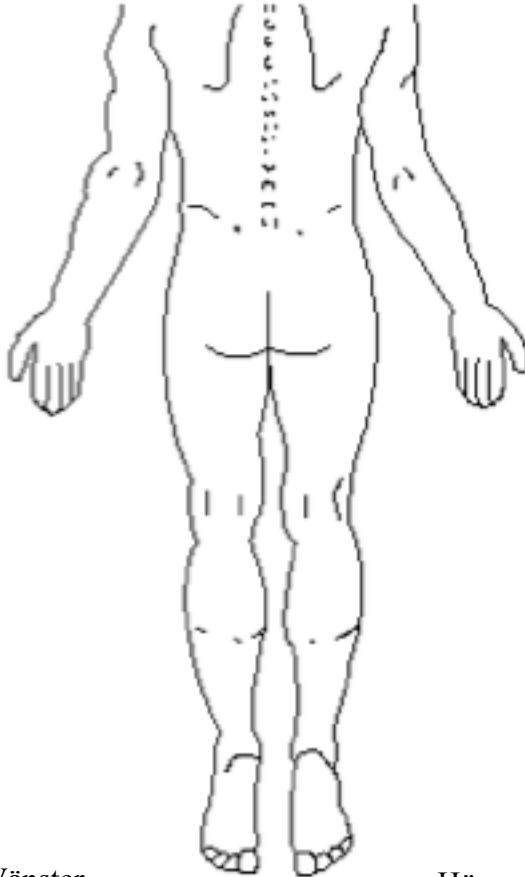
Personnummer: _____

Datum: _____

Namn: _____

Patientnummer: _____

10 a) Undersökaren fyller i figuren i samråd med patienten. Instruktion till patienten: "Fyll i figuren/figurerna utifrån det / de största fysiska obehaget / obehagen du känt under den senaste veckan. Flera symtom kan fyllas i."



Vänster

Höger

Domningskänsla

=====

Tyngdkänsla

.....

Stramhet

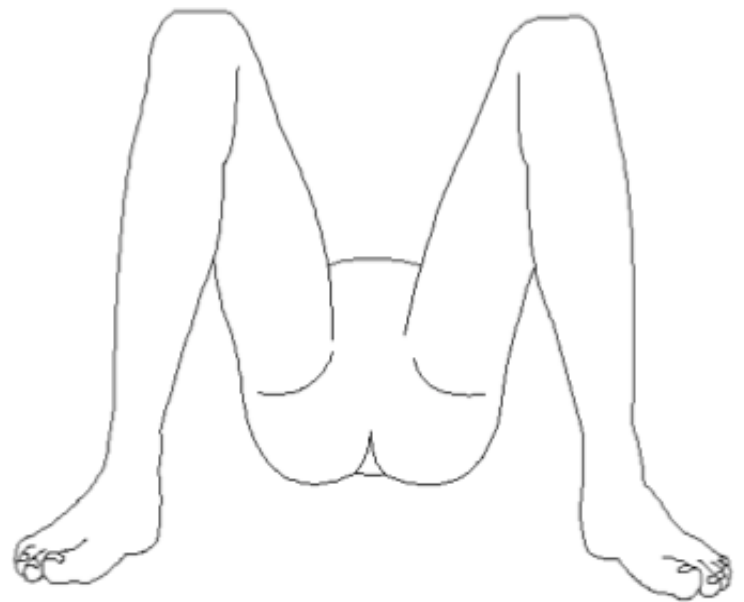
NNNNNNNNNN
NNNNNNNN

Smärta

SSSSSSSSSS
SSSSSSSS

Fyllnadskänsla

OOOOOOOOOO
OOOOOO



Höger

Vänster

10 b) Upplever du störst fysiskt obehag när du

1. Ligger

2. Sitter

3. Står upp

4. Rör på dig

5. Upplever alltid obehag

Personnummer: _____

Datum: _____

Namn: _____

Patientnummer: _____

11) Timed Stands-Test (TST). Se manual. Instruera och positionera patienten. Testet utförs från sittande utan skor med anti-halk duk under fötterna . Tid för 10 upprepningar mäts, från sittande till sittande. Kommando till patienten: ”Är du redo?” ”Starta nu!” Utför testet 1 gång och notera tiderna nedan.

- a) _____ Sekunder
b) _____ Medelvärde för patientens ålder och kön ur tabellen
c) _____ Övre gräns för patientens ålder och kön ur tabellen

Kvinnor

Män

Ålder (år)	Medel (sekunder)	Övre gräns (sekunder)	Medel (sekunder)	Övre gräns (sekunder)
20	10,9	16,0	8,8	12,3
25	11,8	16,8	9,8	13,3
30	12,6	17,6	10,8	14,2
35	13,4	18,5	11,7	15,2
40	14,3	19,3	12,7	16,2
45	15,1	20,1	13,7	17,2
50	15,9	20,9	14,7	18,1
55	16,8	21,8	15,6	19,1
60	17,6	22,6	16,6	20,1
65	18,4	23,5	17,6	21,1
70	19,3	24,3	18,5	22,0
75	20,1	25,2	19,5	23,0
80	20,9	26,1	20,5	24,0
85	21,8	27,0	21,5	25,0

Följande tester (12-18) är valbara för deltagande sjukhus

12) – 15) Test av beröringströskel med von Frey filament, grovlek 1 – 15.

Mät punkt tuber ischi.

a b c d Vänster sida

12)	Känner beröring	NEJ					Medelvärde: _____
13)	Känner beröring	JA					Medelvärde: _____

a b c d Höger sida

14)	Känner beröring	NEJ					Medelvärde: _____
15)	Känner beröring	JA					Medelvärde: _____

Personnummer: _____

Datum: _____

Namn: _____

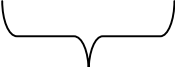
Patientnummer: _____

16) – 17) Test av tryckkänslighet för smärta med Algometer.

Mätpunkt tuber ischi.

16)

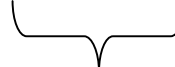
Vänster sida		
1.	2.	3.



16) Medelvärde vänster: _____

17)

Höger sida		
1.	2.	3.



17) Medelvärde höger: _____

18) Lådtest /trapptest. Se manual. Ange bästa resultat för respektive ben.

a) Vänster ben ____ cm

b) Höger ben ____ cm