



Bed.datum:
Sjg.
Restriktioner:

Observerat hjälpberoende			Rapport smärta		Rapport otrygg	
Klarar ej fkn/hjälp- beroende av 2	Klarar ej fkn/hjälp- beroende av 1	Självständig	Smärta	Smärtfri	Otrygg	Trygg

Persnr:
Namn:

Diagnos:

Funktion/förmåga (fkn)		2	1	0	1	0	1	0	Kommentar
A	Vända sig i liggande i säng								Vä/Hö
B	Sätta sig upp från liggande								Vä/Hö
C	Lägga sig ner från sittande								Vä/Hö
D	Förflyttning från säng till stol								Vä/Hö
E	Med valfri hand beröra vä stortå								Vä/Hö
F	Med valfri hand beröra hö stortå								Vä/Hö
G	Ställa sig upp från sittande								Med/utan stöd
H	Stå mer än 10 sek.								Med/utan stöd
	Förflyttning inomhus 10 m.								Hjälpmedel Gånghastighet
J	Förflyttning i trappa upp/ner 7 trappsteg								Med/utan stöd
K	Förflyttning utomhus 25 m.								Hjälpmedel
L	Föra vä hand till munnen								
M	Föra hö hand till munnen								
N	Lägga vä hand på huvudet								
O	Lägga hö hand på huvudet								
P	Lägga vä hand på ryggen								
Q	Lägga hö hand på ryggen								
R	Hälsningsgrepp med vä hand								
S	Hälsningsgrepp med hö hand								
T	Pincettgrepp om papper med vä tumme/pekfinger								
U	Pincettgrepp om papper med hö tumme/pekfinger								
Poängsumma:									

Anteckningar