Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

MANUAL
for
NorCP motorikk FYSIOTERAPIPROTOKOLL

Versjon eReg 2.0
Rev 1.1.2025



SYKEHUSET I VESTFOLD

Oslo universitetssykehus

Innhold

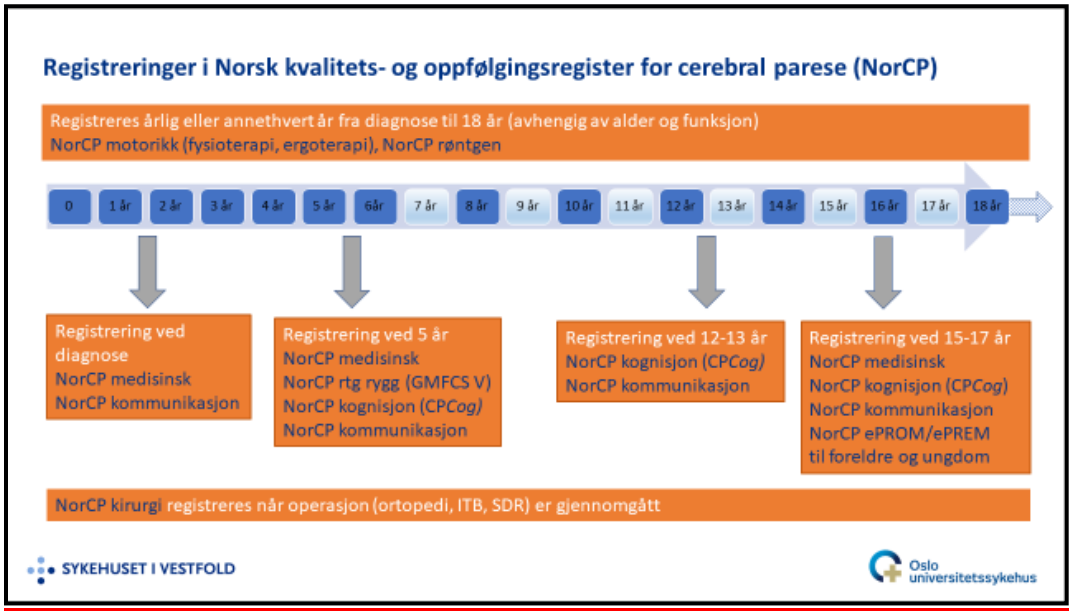
1.0 Introduksjon 3
1.1.Registrering i NorCP 3
2.0 Reservasjon/samtykke 4
3.0 Diagnose 4
4.0 Gross Motor Function Classification System (GMFCS E&R) 4
5.0 Gross Motor Function Measure (GMFM) 4
6.0 The Functional Mobility Scale (FMS) 5
6.1 FMS; eksempler på skåring etter CPUP 5
7.0 Ståhjelpemiddel 6
8.0 Ortoser 7
9.0 Rygg 7
10.0 Truncusortose 8
11.0 Posture and Postural Ability Scale (PPAS) 8
12.0 Posisjonering 8
13.0 Spastisitet 8
13.1 Modified Ashworth Scale (MAS) 8
14.0 Leddstatus 9
14.1 Alarmverdier for passive bevegelsesutslag 13
15.0 Fysioterapi 14
16.0 Fysisk aktivitet 15
17.0 Botuliniumtoksin A (BoNT-A) 15
18.0 Kommentar 15
19.0 Ortopedisk kirurgi 15
20.0 Røntgen 15

1.0 Introduksjon

Denne manualen skal være til hjelp ved utfylling av NorCP motorikk fysioterapiprotokoll.
Alle NorCP protokoller og manualer finnes på nettsiden NorCP - Sykehuset i Vestfold (siv.no).

Fysioterapeuter på habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) har ansvar for NorCP motorikk fysioterapiprotokoll. Det anbefales et tett samarbeid med ergo- og fysioterapeuter i kommunen som ofte kjenner barnet og familien godt. Utfylte NorCP protokoller skal registreres elektronisk i eReg på Norsk Helsenett. Det er fysioterapeut på HABU som har tilgang til eReg, og ansvar for registrering. Flere personer på HABU kan ha tilgang. Søknad om dette gjøres ved å kontakte registeransvarlig i NorCP Sandra J Hollung på epost sanhol@siv.no .

1.1.Registrering i NorCP



Registrering av
NorCP motorikk fysioterapiprotokoll
NorCP motorikk ergoterapiprotokoll

1. **Barn klassifisert på GMFCS nivå I og MACS nivå I**
   Protokoll sendes inn **en gang per år t.o.m. 6 år,** deretter **annethvert år** ved 8, 10, 12, 14, 16 og 18 års alder
2. **Barn klassifisert på GMFCS nivå II-V og MACS nivå II-V**
   Protokoll sendes in **en gang per år** frem til 18 års alder

	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år	7 år	8 år	9 år	10 år	11 år	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år
GMFCS I MACS I																		
GMFCS II-V MACS II-V																		

2.0 Reservasjon/samtykke

NorCP er et reservasjonsbasert register. Dette innebærer at alle med diagnosen CP kan bli registrert i NorCP (eReg) uten å signere et samtykke. Reservasjon kan gjøres på www.helsenorge.no. Se mer informasjon på NorCPs nettside: https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#dine-rettigheter.

3.0 Diagnose

Diagnosen cerebral parese (CP) settes av lege ved HABU, som også har ansvar for å klassifisere CP subtype (ICD-10). Vær oppmerksom på at CP subtype skal samstemmes med journal og med andre protokoller som registreres i NorCP.
For mer kunnskap og informasjon se CP retningslinje/diagnostisering.

4.0 Gross Motor Function Classification System (GMFCS E&R)

GMFCS er klassifikasjonssystemet for grovmotorisk funksjon ved cerebral parese, og er basert på selvinitierte bevegelser med særlig vekt på sittefunksjon og forflytning. Grovmotorisk funksjon klassifiseres i 5 nivå (I-V) hvor nivå I er best funksjon. Klassifikasjonen understreker betydningen miljøfaktorer og personlige faktorer på funksjon.

Fokus i GMFCS er å fastsette hvilket nivå som best representerer barnets/ungdommens nåværende grovmotoriske funksjon eller begrensninger. Hovedvekten er på vanlig utførelse hjemme, på skolen og i lokalsamfunnet (hva de gjør) heller enn på hva de er i stand til å gjøre på sitt beste (kapasitet). Det er derfor viktig å klassifisere nåværende utførelse av grovmotoriske funksjoner, og ikke inkludere vurderinger av bevegelseskvalitet eller mulig framgang.

GMFCS er et pålitelig verktøy som kan forutsi utviklingen av grovmotorisk funksjon med stor grad av sikkerhet. Klassifikasjon gjøres i samarbeid med foreldrene eller omsorgspersoner som kjenner barnet godt. Før klassifisering, les introduksjonen og brukerveiledningen. GMFCS E&R, GMFCS beskrivelse og illustrasjoner samt GMFCS spørreskjema kan lastes ned fra
https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#kartleggingsverktoy.

5.0 Gross Motor Function Measure (GMFM)

GMFM er et undersøkelsesverktøy validert for å evaluere utvikling av motoriske ferdigheter hos barn med CP. GMFM er utviklet for å vurdere hvor mye barnet kan, mer enn hvor bra barnet utfører, det vil si bevegelseskvalitet. GMFM finnes i flere versjoner. Det er GMFM-66 skåring som registreres i eReg. GMFM anbefales å utføres årlig, til kurven flater ut/ barnet når terskel.
Testskjema for GMFM 66, GMFM 66 B&C og GMFM 66&88 kan lastes ned fra
https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#kartleggingsverktoy.
Percentilskjema: Tabulated reference percentiles for the 66-item Gross Motor Function Measure (canchild.ca). Det er lenket til percentilskjema i eReg protokollen.

6.0 The Functional Mobility Scale (FMS)

FMS er utviklet for å klassifisere funksjonell forflytning hos barn fra 4 år, også med hensyn til ulike hjelpemidler som barnet måtte bruke. Velg en av følgende alternativ som best beskriver barnets nåværende funksjonelle forflytning på alle tre distanser; 5 meter i hjemmet, 50 meter på skolen, 500 meter i nærmiljøet. Veiledning til FMS finner du her: https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#kartleggingsverktoy.

6: Går selvstendig på all slags underlag
Bruker ikke ganghjelpemidler eller trenger hjelp fra annen person under gange på all slags underlag, inkludert ujevnt underlag, skråninger o.s.v. og i omgivelser med mange mennesker.
5: Går selvstendig på jevnt underlag
Bruker ikke ganghjelpemidler eller trenger hjelp fra en annen person*. Trenger rekkverk i trapper. *Hvis det blir brukt møbler, vegger, gjerder eller butikkvinduer til støtte, bruk 4 som er korrekt beskrivelse.
4: Bruker stokker (en eller to)
Uten hjelp fra en annen person.
3: Bruker krykker
Uten hjelp fra en annen person.
2: Bruker fremover- eller bakovervendt rollator
Uten hjelp fra en annen person.
1: Bruker rullestol
Kan muligens stå ved overflytting og kanskje ta noen skritt med støtte fra en annen person eller bruk av fremover- eller bakovervendt rollator.
(bæres, kjøres i vogn eller rullestol, kjører rullestol selv eller går med NF-Walker)
C = **Krabber**
Barnet krabber ved forflytning hjemme (5 m). Kan gjelde i barnehaven (50 m) for små barn, men C anvendes aldri ute i lokalsamfunnet (500 m).
N = Kan ikke anvendes
N benyttes bare for distansen 500 m/nærmiljøet, når barnet for eksempel aldri er med ut i lokalsamfunnet p.g.a. nedsatt allmenntilstand.

6.1 FMS; eksempler på skåring etter CPUP

A. Et barn som går selvstendig på all slags underlag hjemme, men bruker krykker på skolen og rullestol på lengre turer med familien eller på skoleturer.
   Skår: 6-3-1
B. Et barn som bruker krykker hjemme, rullator på skolen og rullestol på kjøpesenteret.
   Skår: 3-2-1
C. Et barn som går selvstendig på all slags underlag hjemme inklusiv i trapper uten rekkverk, men har lett for å miste balansen på skolen samt på lengre avstander på ujevnt underlag og i store folkemengder.
   Skår: 6-5-5

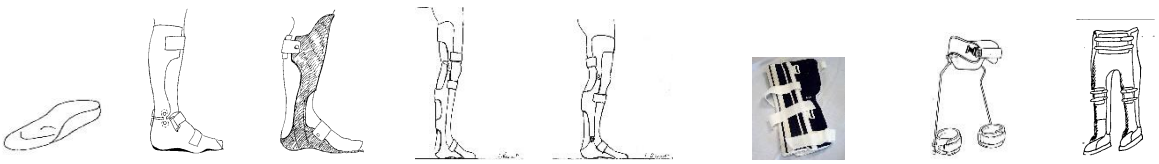
D. Et barn som bruker rullator hjemme og hos fysioterapeuten, men rullestol i alle andre omgivelser.
   Skår:2-1-1
E. Et barn som går selvstendig uten hjelpemiddel hjemme på jevnt underlag og bruker to stokker i klasserommet og skolegården, samt rullator ved lengre strekninger.
   Skår: 5-4-2
F. Et barn som går selvstendig hjemme og på skolen (hvis det hadde vært trapper hadde barnet trengt rekkverk, men det er ikke trapper), men støtter seg til rekkverk på et kjøpesenter.
   Skår: 6-6-5
G. Et barn som går med to firpunkt-stokker hjemme, går med rullator i barnehaven og sitter i vogn på utflukter.
   Skår: 3-2-1
H. Et barn som bæres hjemme, kjøres i rullestol på skolen og kjøres i vogn i lokalmiljøet.
   Skår 1-1-1
I. Et barn som går hjemme med mye støtte av en voksen, kjører el rullestol på skolen og kjøres i manuell rullestol på utflukter.
   Skår: 1-1-1
J. Et barn som rompeaker hjemme og i barnehagen, men kjøres i vogn utendørs.
   Skår: C-C-1
K. Et barn som går i gåstol hjemme, bruker rullestol på skolen, men er aldri ute i lokalmiljøet p.g.a. nedsatt almentilstand.
   Skår: 1-1-N

7.0 Ståhjelpemiddel

Statisk ståhjelpemiddel: ståskall, ståstativ etc
Dynamisk ståhjelpemiddel: Innowalk, Happy Rehab etc

8.0 Ortoser

Innlegg (FO) i sko – alle typer individuelt tilpassede innlegg som går nedenfor fotens malleoler uavhengig av materiale.
Ankel -Fot-Ortose (AFO): alle leddete eller uleddete ortoser som proksimalt avsluttes mellom malleoler og knehase og distalt inkluderer foten. Funksjonell elektrisk stimulerende ortose (FES) inkluderes også.
Kne-Ankel-Fot-Ortose (KAFO): alle typer ortoser som avsluttes over kneleddet t.o.m. trochanter major og distalt inkluderer foten. Det skilles ikke mellom ortoser med og uten ledd.
Kne-Ortose (KO): alle ortoser som proksimalt avsluttes over kneleddet t.o.m. trochanter major og strekker seg distalt til malleolen.
Hofte-Abduksjons-Ortose (HO): ortoser som har til hensikt å abdusere hoftene som f. eks. SWASH-ortose og som ikke går lenger ned enn til lårene.



FO AFO AFO KAFO KAFO KO HO Ståskall

For mer kunnskap og informasjon anbefales CP retningslinje/ortoser/AFO.

9.0 Rygg

Om barnet er skolioseoperert er videre registrering av eventuell skoliose ikke aktuelt. Data om operasjonen registreres i kirurgiskjemaet (engangsregistrering).
Fysioterapeut skal undersøke barnet klinisk for å avgjøre om barnet bør henvises til røntgen. Vurderingen utføres hvis mulig i stående med korreksjon av eventuell benlengdeforskjell, alternativ utgangsstilling er sittende på benk med korreksjon av eventuell bekkensenkning.
Graden av skoliose (lett, moderat eller uttalt) er en grov inndeling av skoliosens størrelse. CPUP har følgende definisjoner:

Mild: Skoliose som kun sees ved fremoverbøy-test med horisontalt bekken.
Moderat: Skoliose både ved fremoverbøy-test og ved oppreist stilling.
Uttalt: Skoliose med stor deformitet som påvirker evnen til å sitte oppreist, ubalanse med behov for støtte.

Ved vurdering av om skoliosen er korrigerbar eller ikke korrigerbar/ rigid, undersøk barnet i mageleie evntuelt sittende på benk og rett opp barnets rygg ved å støtte rundt thorax med dine hender.
For veiledning til ryggoppfølging anbefales CP retningslinje/ortopedi/rygg.

Hos barn med GMFCS nivå V bør det tas røntgen diagnostikk senest ved 5 års alder, uavhengig av klinisk presentasjon.
Hos barn med GMFCS nivå IV bør det tas røntgen senest i 10 års alderen da forekomsten av skoliose allerede ved denne alderen er høy. Henvises ryggortoped ved Cobbs vinkel > 40°.

10.0 Truncusortose

Alle typer truncusortoser/korsett som er individuelt tilpasset.
For mer kunnskap og informasjon anbefales CP retningslinje/ortoser/korsett.

11.0 Posture and Postural Ability Scale (PPAS)

PPAS er et kartleggingsverktøy for vurdering av asymmetrier i utgangsstillingene: rygg, mage, sittende og stående. I hver utgangsstillingene vurderes postural evne etter en 7-gradig skala. Kvalitet på holdningen vurderes ut fra seks punkter, både i frontalplan og sagittalplan.
Manual og skjema finner du på: https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#klassifikasjonsverktoy

12.0 Posisjonering

Registreres for barn/unge i nivå III-V. Eksempel på tiltak for posisjonering i liggende vil være posisjoneringsputer, posisjonering med «vanlige» puter, posisjoneringsmadrass eller annet.
For mer kunnskap og informasjon anbefales CP retningslinje/motorikk/postural kontroll og posisjonering.

13.0 Spastisitet

13.1 Modified Ashworth Scale (MAS)

Spastisitet/hypertoni klassifiseres etter MAS på en seks-punkts skala (0, 1, 1+, 2, 3, 4). Undersøkelsen gjennomføres mens barnet slapper av, gjerne på benk eller på foresattes fang. Graderingen gjøres ved å bevege ekstremiteten raskt 1-3 ganger. Registrer nivået som best beskriver det du kjenner.

Modified Ashworth Scale	
Merk: Er det normal tonus, som for eksempel ved unilateral affeksjon, kan det krysses av i boksen «uten anmerkning» for den uaffiserte siden.	
0	Ingen økning av muskeltonus
1	Lett økning av muskeltonus; viser seg som ”catch and release” eller som minimal motstand i slutten av bevegelsesbanen når affisert ekstremitet beveges i fleksjon eller ekstensjon.
1+	Lett økning av muskeltonus; viser seg som ”catch” fulgt av minimal motstand gjennom bevegelsesbanen (mindre enn halve).
2	Mer markert økning av muskeltonus gjennom mesteparten av bevegelsesbanen, men affisert ekstremitet kan lett beveges.
3	Betydelig økning av muskeltonus; passiv bevegelse er vanskelig.
4	Affisert ekstremitet er rigid i fleksjon eller ekstensjon

(Bohannon & Smith, 1987)

Utgangsstilling ved vurdering av spastisitet	
Hoftefleksorer	Ryggleie, før benet i fleksjon-ekstensjon, kjenn etter tonus når hoften ekstenderes
Hofteekstensorer	Ryggleie, før benet i ekstensjon-fleksjon, kjenn etter tonus når hoften flekteres
Adduktorer	Ryggleie med ekstenderte knær og hofter. Før benet i adduksjon-abduksjon, kjenn etter tonus når benet føres i abduksjon
Knefleksorer	Ryggleie med 90° hoftefleksjon. Før benet i fleksjon-ekstensjon og kjenn etter tonus når kneet ekstenderes
Plantarfleksorer	Ryggleie med ekstendert hofte og kne. Før foten i plantar-dorsalfleksjon, kjenn etter tonus når foten dorsalflekteres

Se også cpup.se for videoillustrasjon [Fysioterapeutmanual Filmer – CPUP]

14.0 Leddstatus

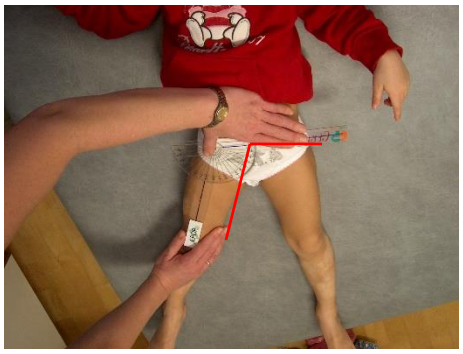
Passive leddutslag måles med vinkelmål (goniometer) optimalt av to personer. De oppgitte verdier for passiv leddbevegelighet i protokollen er referanseverdier («grønne verdier») basert på målinger av personer uten CP eller andre bevegelsesinnskrenkninger.

- Avvik fra standardutgangsstilling krysses av dersom man ikke har kunnet undersøke barnet i utgangsstilling som er beskrevet, og antar at dette påvirker verdiene man har registrert.
- «Uten anmerkning» krysses av dersom barnet har full passiv bevegelighet i alle ledd, det er da ikke nødvendig å skrive inn referanseverdiene for hver bevegelse.

Hofte

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Abduksjon (50°)*	Ryggleie med ekstensjon i hofte og kne	Goniometerledd over SIAS (spina iliaca superior anterior) på aktuell side, fast vinkelben følger tenkt linje mellom begge SIAS	Langs femur mot midten av patella
Ekstensjon (10°) Evnt manglende ekstensjon til horisontal-leiet angis med minus	Mageleie med bena utenfor benken	Goniometerledd over trochanter major, fast vinkelben følger truncus	Langs tenkt linje mellom trochanter major og laterale epikondyl på femur
Fleksjon (110°-120°)	Ryggleie, fikser bekkenet ved å ekstendere motsatt ben. Flekter i kne og hofte	Goniometerledd over trochanter major, fast vinkelben følger truncus paralelt med columna	Langs femur

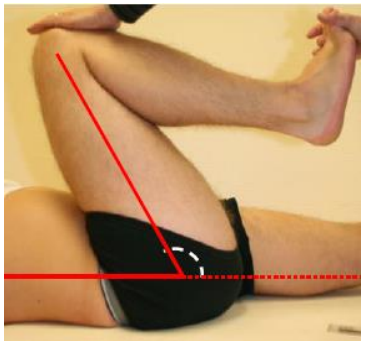
*Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Abduksjon



Ekstensjon



Fleksjon

Hofte forts.

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Innadrotasjon (50°)*	Mageleie med ekstendert hofte, kne i 90° fleksjon, stabiliser bekkenet for å hindre bekkenrotasjon	Fast vinkelben langs underlaget	Vinkelben følger tibia aksen mot 2. tå
Utadrotasjon (45°)	Som ovenfor	Som ovenfor	Som ovenfor
Duncan Ely Teste lengden av rectus femoris. Flekter kneet og angi knevinkel mellom underlag og skinnlegg når bekkenet heves.	Mageleie med ekstenderte hofter, fikser bekkenet.	Goniometerledd over lateralel kneledd, fast vinkelben følger femur mot trochanter major	Holdes parallelt med tibias fremkant mot laterale malleol

*Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Innadrotasjon



Utadrotasjon

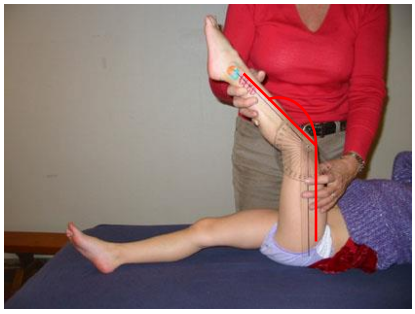


Duncan Ely

Kne

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
Poplitealvinkel angi manglende ekstensjon	Ryggleie med 90° hoftefleksjon i aktuelt ben, fikser motsatt ben i ekstendert stilling	Goniometerledd over laterale kneledd, fast vinkelben langs femur mot trochanter major	Holdes parallelt med tibias fremkant mot laterale malleol
Ekstensjon (10°)*	Ryggleie med ekstendert hofte og kne	Som ovenfor	Som ovenfor

*Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.



Popliteal



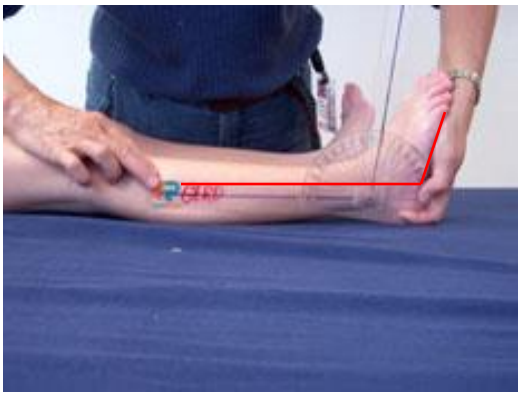
Ekstensjon

Ankel

Bevegelse	Utgangsstilling	Fast vinkelben	Bevegelig vinkelben
***Dorsalfleksjon m/flektert kne**	Ryggleie med fleksjon i hofte og kne	Goniometerledd over laterale malleol, fast vinkelben parallelt med tibias fremkant	Følger laterale fotrand, 5. metatarsal
***Dorsalfleksjon m/ekstendert kne** (15°)**	Ryggleie med ekstendert kne	Som ovenfor	Som ovenfor

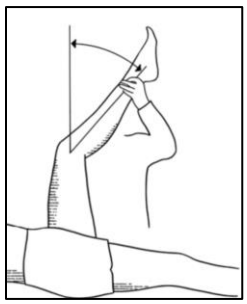
*Stabiliser det subtalare leddet ved å fiksere calcaneus for å forhindre valgus/varus stilling. 90° i ankelledd=0°. Dorsalfleksjon mindre enn 0° angis med minus.
***Tall i parentes er oppgitt som normalverdier for 4 års alder etter Sutherland 1988.


Dorsalfleksjon m/ flektert kne


Dorsalfleksjon m/ ekstendert kne

Se også cpup.se for videoillustrasjon [Fysioterapeutmanual Filmer – CPUP]

NB vær oppmerksom på at det i CPUP filmene måles hamstringsvinkel (maksverdi 180 grader).
I NorCP måles poplitealvinkel hvor manglende ekstensjon måles og registreres (se figur nedenfor).



Ref: 'Orthopaedic Management in Cerebral Palsy' by Eugene E. Bleck published by Mac Keith Press (www.mackeith.co.uk) in its Clinics in Developmental Medicine Series, 1987, 0–632–01523-3.

14.1 Alarmverdier for passive bevegelsesutslag

GMFCS I-V	Patologisk	Kontroll/ tiltak	Normalverdi
Hofteabduksjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Hofteekstensjon	< 0		≥ 0
Hoftefleksjon	≤ 100	101 - 109	≥ 110
Hofte utadrotasjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Hofte innadrotasjon	≤ 30	31- 39	≥ 40
Duncan Ely / lengden av RF	≤ 100	101-119	≥ 120
Poplitealvinkel	≥ 50	41- 49	≤ 40
Kneekstensjon	≤ - 10	-9 til -1	≥ 0
Dorsalfleksjon med flektert kne	≤ 10	11- 19	≥ 20
Dorsalfleksjon med ekstendert kne	≤ 0	1-9	≥ 10

Ref: cpup.se

15.0 Fysioterapi

Registrer om barnet har hatt kontakt med fysioterapeut i tillegg til NorCP-undersøkelsen siden forrige vurdering. Hvis JA, registrer hvilke tiltak som er utført. Dersom det er første gang barnet registreres med NorCP motorikk fysioterapiprotokoll, skal det registreres om barnet har hatt fysioterapeutiske tiltak før deltakelse i NorCP, og evt. hvilke tiltak barnet har mottatt.
Videre registreres om det er formulert spesifikke fysioterapeutiske mål, samt om målene er oppnådd.

Ved registrering av fysioterapi differensieres det på tiltak rettet mot funksjon på kroppsfunksjonsnivå og/eller aktivitet-/deltakelsesnivå.
Ref. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO 2001

<u>Kroppsfunksjonsnivå</u>

- Kontrakturprofylakse: passive/aktive tøyninger
- Postural kontroll: balanseøvelser, øvelser for trunkuskontroll etc.
- Muskelstyrke: spesifikk styrketrening, styrketrening gjennom tilrettelagt lek/aktivitet etc.
- Kondisjon: spesifikk utholdenhetstrening, utholdenhetstrening i tilrettelagt lek/aktivitet
- Respirasjon/luftveier: slimmobiliserende tiltak, stillingsendring/posisjonering, bevegelse, manuelle teknikker (strekk brystkasse, hostestøtte) etc.

Tiltakene kan være individuelle, i gruppe, i basseng etc.

<u>Aktivitets- og/eller deltakelsesnivå</u>

- Trening av kroppsfunksjoner: tiltak som beskrevet under kroppsfunksjonsnivå (eks bevegelighet, styrke, kondisjon, balanse, stabilitet)
- Ortoser
- Manuell stimulering av stillinger/bevegelser: fascilitering, guiding, aktivt ledet bevegelse
- Funksjonell trening: oppgaveorientert trening/ funksjonstrening/ aktivitetsbasert trening (konkret trening/øvelse på bevegelser, oppgaver, funksjon og aktiviteter)
- Tilpasning av omgivelser/hjelpemidler: hjelpemidler/fysisk miljø
- Konseptuelle metoder: Bobath/ NDT, Vojta, PTØ, Doman/ Familiy Hope, Kozijavkin, Sanseintegrasjonsterapi el lign.

Tiltakene kan være individuelle, i gruppe, i basseng etc.
Det skal registreres hvor ofte fysioterapeuten har vært tilstede.

Videre spørres det om barnet har deltatt i intensive treningsprogram siden forrige vurdering? Intensive individuelle treningsprogram kan være lokalt organiserte intensive treningsperioder, regionale tilbud som Program Intensivert Habilitering (PIH) Sørlandet sykehus, PITH- program intensivert trening og behandling Oslo Universitetssykehus, PTØ, Beitostølen Helsesportsenter, private institutt og intensive treningsopphold i utland.

16.0 Fysisk aktivitet

Registrer om barnet har

- deltatt i organisert fysisk aktivitet/kroppsøving i barnehage og skole og hvor ofte
- deltatt i fysiske fritidsaktiviteter (organisert eller uorganisert), og hvor ofte

17.0 Botuliniumtoksin A (BoNT-A)

Angi om barnet har fått BoNT-A behandling siden forrige NorCP protokoll.
Dersom det er førstegangsregistrering, registreres om barnet tidligere har fått BoNT-A behandling i underekstremiteter.
Registrer dato for injisering og i hvilke muskler injeksjon er satt.
Registrer om barnet har fått trening i forbindelse med BoNT-A behandlingen.

18.0 Kommentar

Det er rom for å skrive kommentarer i NorCP motorikk fysioterapiprotokollen.
Kommentarene kan være til nytte i det kliniske arbeidet og dersom protokollen skannes i journal.

19.0 Ortopedisk kirurgi

Ortopedisk kirurgi i underekstremiteter/rygg registreres i NorCP kirurgiprotokoll, og registreres på eget skjema i eReg. Merk at kirurgiprotokollen bare skal fylles ut dersom barnet har gjennomgått kirurgi siden sist (ved førstegangsregistrering i NorCP: om barnet tidligere har gjennomgått kirurgi).
I NorCP har fysioterapeutene ansvar for registreringer knyttet til grovmotorisk funksjon. Derfor er NorCP kirurgiprotokoll en del av fysioterapiprotokollen.

20.0 Røntgen

Registrering i NorCP:

- **GMFCS I:** ingen røntgenundersøkelse, forutsatt at klinisk undersøkelse ikke viser tegn til hofteutglidning
- **GMFCS II:** røntgenundersøkelse ved 2 år og 6 års alder.
  Hvis MP < 33%, og hvis klinisk undersøkelse ikke indikerer forverring, er det ikke behov for flere røntgenkontroller
- **GMFCS III-V:** Røntgenundersøkelse snarest ved mistanke om CP. Deretter årlig røntgen frem til 8 år. Videre røntgenundersøkelser vurderes individuelt.

Barn med ren **ataxi eller choreoathetose** (GMFCS II-III) og uten tonusøkning: Ikke behov for røntgenoppfølging dersom første røntgenbilde er normalt

I NorCP har fysioterapeutene ansvar for registreringer knyttet til grovmotorisk funksjon. Derfor er NorCP røntgenprotokoll en del av fysioterapiprotokollen.