

Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

ergoterapiprotokoll

Fødselsnummer (11 siffer):

Navn:

Dato undersøkelse:

Ergoterapeut 2.linje: _____

Ergoterapeut 1.linje: _____

- CP diagnose:
- G80.0 Kvadriplegi
 - G80.1 Diplegi
 - G80.2 Hemiplegi HØYRE
 - G80.2 Hemiplegi VENSTRE
 - G80.3 Choreoathetose
 - G80.3 Dystoni
 - G80.4 Ataksi
 - G80.8 Annen spesifisert
 - G80.9 Uspesifisert

- Dersom G80.3 Er en side av kroppen mest påvirket?
- Ja, HØYRE
 - Ja, VENSTRE
 - Nei, begge like påvirket
 - Vet ikke

Manual Ability Classification System

MACS/Mini-MACS nivå:

- I: Håndterer gjenstander lett og med godt resultat
- II: Håndterer de fleste gjenstander, men med noe begrenset kvalitet og/eller hurtighet
- III: Håndterer gjenstander med vanskelighet
- IV: Håndterer et begrenset utvalg av letthåndterlige gjenstander
- V: Håndterer ikke gjenstander og har svært begrenset evne til å utføre selv enkel håndtering
- Ikke klassifisert

HOUSE - funksjonsklassifikasjon av hver hånd

Høyre

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- Ikke klassifisert

Venstre

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- Ikke klassifisert

- 1: Bruker hånden/armen uten grep
- 2: Holder gjenstander som plasseres i hånden – ustabilt grep
- 3: Holder gjenstander som plasseres i hånden – stabilt grep
- 4: Griper aktivt, holder med ustabilt grep
- 5: Griper aktivt, holder med stabilt grep
- 6: Griper aktivt, holder med stabilt grep, endrer posisjon med ytre støtte
- 7: Bruker hånden med godt grep, noe tvilsom presisjon
- 8: Ingen begrensning

Har barnet tohåndsfunksjon? Ja Nei Vet ikke

HAI (Hand Assessment for Infants)

HAI utført? Ja Nei Vet ikke

Dato:

% asymmetri:

Sumskåre hånd: **Høyre** **Venstre**

Total sumskåre:

HAI-Unit (0-100):

Mini-AHA (Mini Assisting Hand Assessment)

Mini-AHA utført? Ja Nei Vet ikke

Dato:

Sumskåre:

Mini-AHA-Unit (0-100):

AHA (Assisting Hand Assessment)

AHA utført? Ja Nei Vet ikke

Dato:

Sumskåre:

AHA-Unit (0-100):

BoHA (Both Hand Assessment)

BoHa utført? Ja Nei Vet ikke

Dato:

% asymmetri:

Dominant hånd: Høyre Venstre Mixed Vet ikke

Sumskåre hånd: **Høyre** **Venstre**

Total sumskåre:

BoHA-Unit (0-100):

BoHA postural kontroll i sittende: 1 2 3 4 Vet ikke

PEDI-CAT (Pediatric Evaluation of Disability Inventory - Computer Adaptive Test)

PEDI-CAT utført? Ja Nei Vet ikke

Dato:

	Skalerte skår	SEM	T-skåre	Percentil	Respondent	Testversjon
Daglige aktiviteter:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forelder <input type="checkbox"/> Annen omsorgsperson <input type="checkbox"/> Kliniker/fagperson <input type="checkbox"/> Barnet/ungdommen selv	<input type="radio"/> Kort <input type="radio"/> Full
Forflytning:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forelder <input type="checkbox"/> Annen omsorgsperson <input type="checkbox"/> Kliniker/fagperson <input type="checkbox"/> Barnet/ungdommen selv	<input type="radio"/> Kort <input type="radio"/> Full
Sosial/kognitiv funksjon:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forelder <input type="checkbox"/> Annen omsorgsperson <input type="checkbox"/> Kliniker/fagperson <input type="checkbox"/> Barnet/ungdommen selv	<input type="radio"/> Kort <input type="radio"/> Full
Ansvar:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forelder <input type="checkbox"/> Annen omsorgsperson <input type="checkbox"/> Kliniker/fagperson <input type="checkbox"/> Barnet/ungdommen selv	<input type="radio"/> Kort <input type="radio"/> Full

Spastisitet

"Modified Ashwort" skala (0, 1, 1+, 2, 3, 4)

	Høyre	Venstre
Uten anmerkning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albuefleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Underarmspronatorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Håndleddsfleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tommelfleksorer/adduktorerer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fingerfleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>





Forøket tonus under aktivitet? Ja Nei Vet ikke

Leddbevegelse (passiv og aktiv)

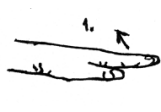
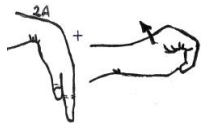
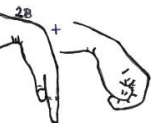

Avvik fra standard utgangstilling som beskrevet i manualen? Ja Nei Vet ikke

		Høyre	Venstre
Passiv leddbevegelse uten anmerkning:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skulder	Passiv fleksjon (180°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aktiv fleksjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Passiv utadrotasjon (90°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Passiv abduksjon (180°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Albue	Passiv ekstensjon (0°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aktiv ekstensjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Underarm	Passiv supinasjon (90°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aktiv supinasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Håndledd	Passiv ekstensjon m/flekt. fingre (70°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Passiv ekstensjon m/ekst. fingre (70°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Passiv ulnardeviasjon (30°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Passiv radialdeviasjon (20°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HOUSE - Klassifikasjon av tommelens stilling ved aktivt grep

Høyre	Venstre	Ingen thumb-in-palm 0	1	2	3	4	Ikke klassifisert
<input type="text"/>	<input type="text"/>						

ZANCOLLI - Klassifikasjon av håndledd og fingres evne til aktiv ekstensjon

Høyre	Venstre	Uten anmerkning 0	1	2A	2B	3	Ikke klassifisert
<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Ergoterapi

Har fått ergoterapeutiske tiltak i 1. eller 2. linjetjenesten siden forrige NorCP protokoll? Ja Nei Vet ikke
(Hvis førstegangsregistrering: Har tidligere fått ergoterapeutiske tiltak?)

- Ergoterapi: Trening av håndfunksjon
 ADL-trening
 Posisjonering
 Tilrettelegging omgivelser (inkl. hjelpemiddeloppfølging)
 ASK-oppfølging
 Tilrettelegging og veiledning
 Ikke klassifisert

Trening av håndfunksjon

Har hatt trening for å bedre håndfunksjon siden forrige NorCP protokoll? Ja Nei Vet ikke
(Hvis førstegangsregistrering: Har tidligere hatt trening for å bedre håndfunksjon?)

- Type: Råd og veiledning for håndfunksjon
 Funksjonell målrettet håndtrening

Angall ganger per uke Antall uker

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | <1 | <input type="checkbox"/> | <2 |
| <input type="checkbox"/> | 1-2 | <input type="checkbox"/> | 2-6 |
| <input type="checkbox"/> | 3-5 | <input type="checkbox"/> | 7-12 |
| <input type="checkbox"/> | 6-7 | <input type="checkbox"/> | >12 |
| <input type="checkbox"/> | >7 | <input type="checkbox"/> | Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> | Vet ikke | | |
| <input type="checkbox"/> | <1 | <input type="checkbox"/> | <2 |
| <input type="checkbox"/> | 1-2 | <input type="checkbox"/> | 2-6 |
| <input type="checkbox"/> | 3-5 | <input type="checkbox"/> | 7-12 |
| <input type="checkbox"/> | 6-7 | <input type="checkbox"/> | >12 |
| <input type="checkbox"/> | >7 | <input type="checkbox"/> | Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> | Vet ikke | | |
| <input type="checkbox"/> | <1 | <input type="checkbox"/> | <2 |
| <input type="checkbox"/> | 1-2 | <input type="checkbox"/> | 2-6 |
| <input type="checkbox"/> | 3-5 | <input type="checkbox"/> | 7-12 |
| <input type="checkbox"/> | 6-7 | <input type="checkbox"/> | >12 |
| <input type="checkbox"/> | >7 | <input type="checkbox"/> | Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> | Vet ikke | | |

Constraint-Induced Movement Therapy (Baby-CIMT/CI-terapi/CIMT)

Bimanuell intensiv trening (BIMT/HABIT)

- Utført av: Ergoterapeut
 Fysioterapeut
 Foreldre
 Andre
 Vet ikke

- Organisering: Individuelt
 Gruppe
 Integreert i hverdagsaktivitet
 Vet ikke

Er det formulert mål for tiltaket? Ja Nei Vet ikke

Er målet oppnådd? Ja Nei Delvis Vet ikke

ADL-trening (Activities of daily living)

Har hatt ADL-trening siden forrige NorCP protokoll? Ja Nei Vet ikke

(Hvis førstegangsregistrering: Har noen gang gjennomført ADL-trening?)

- Type:
- Spise- og drikkeaktivitet
 - Toalett/personlig hygiene
 - Av- og påkledning
 - Leke- og skoleaktiviteter
 - Tilrettelegging og veiledning av ADL
 - Vet ikke

Antall ganger per uke: <1

1-2

3-5

6-7

>7

Vet ikke

Antall uker: <2

2-6

7-12

>12

Vet ikke

Utført av:

Ergoterapeut

Fysioterapeut

Foreldre

Andre

Vet ikke

Organisering:

Individuelt

Gruppe

Integret i hverdagsaktivitet

Vet ikke

Er det formulert mål for tiltaket? Ja Nei Vet ikke

Er målet oppnådd? Ja Nei Delvis Vet ikke

Ortoser

Bruker ortoser? Ja Nei Vet ikke

Dager per uke: 1-2

3-4

5-6

7

Vet ikke

Funksjonsortose? Ja Nei Vet ikke

Ortosen går over ledd:

Albue

Underarm

Håndledd

Tommel

Fingre

Materiale: Rigid

Fleksibelt

Lycra

Vet ikke

Anvendingsstid: <6 t/døgn

≥6 t/døgn

Vet ikke

Ønsket effekt: Ja

Nei

Vet ikke

Ortose for passiv tøying? Ja Nei Vet ikke

- Ortosen går over ledd:
- Albue
 - Underarm
 - Håndledd
 - Tommel
 - Fingre

- Materiale:
- Rigid
 - Fleksibelt
 - Lycra
 - Vet ikke

- Anvendingsstid:
- <6 t/døgn
 - ≥6 t /døgn
 - Vet ikke

- Ønsket effekt:
- Ja
 - Nei
 - Vet ikke

Botulinumtoksin (BoNT-A) behandling

Har fått BoNT-A injeksjon(er) siden forrige NorCP protokoll? Ja Nei Vet ikke
(Hvis førstegangsregistrering: Har tidligere fått BoNT-A behandling?)

Dato:

Dato:

Dato:

- Injeksjon er satt i:
- Skuldermuskler
 - Albuemusklr
 - Pronatormuskler
 - Håndleddsmuskler
 - Fingermuskler
 - Tommelmuskler
 - Vet ikke

- Injeksjon er satt i:
- Skuldermuskler
 - Albuemusklr
 - Pronatormuskler
 - Håndleddsmuskler
 - Fingermuskler
 - Tommelmuskler
 - Vet ikke

- Injeksjon er satt i:
- Skuldermuskler
 - Albuemusklr
 - Pronatormuskler
 - Håndleddsmuskler
 - Fingermuskler
 - Tommelmuskler
 - Vet ikke

Trening i forbindelse med BoNT-A?

Ja Nei Vet ikke

Trening i forbindelse med BoNT-A?

Ja Nei Vet ikke

Trening i forbindelse med BoNT-A?

Ja Nei Vet ikke

Kommentarer:

Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

kirurgiprotokoll

(registreres som eget skjema i eReg)

Fødselsnummer (11 siffer):

Navn:

Ortopedisk operasjon - underekstremiteter/rygg

Dato:

Bløtdelsoperasjon:

	Hø	Ve
Psoastenotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adductortentotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rectus femoris transposisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamstringstenotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patellar Tendon Advancement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrocnemiusforlengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akilleseneforlengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bløtdelskirurgi i foten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benet kirurgi:

	Hø	Ve
Acetabulumosteotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variserende femurosteotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotasjonsosteotomi femur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstenderende distal femurosteotomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benet kirurgi i foten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skolioseoperasjon:

Ortopedisk operasjon - overekstremiteter

Dato:

Hvilken side: Venstre Høyre

- Kirurgi:
- Albue Tenotomi/ løsning
 - Underarm Rerouting pronator teres (PT)
 - Tenotomi pronator teres (PT)
 - Håndledd Transposisjon av fleksor til ECRB
 - Forlengelse av håndleddsflexorer
 - Artrodese
 - Hånd/ Fingre Forlengelse/tenotomi av fingerflexorer
 - Intrinsicløsning
 - Transposisjon fleksor til fingerekstensor
 - Tommel Tenarløsning/ tenotomi
 - Transposisjon/ rerouting EPL
 - Transposisjon av fleksor til EPB Artrodese
 - Forlengelse/ tenotomi av tommelflexorer
 - Annet

Spasitetsreducerende kirurgi

Intrathecal Baclofenpumpe (ITB) Dato:

Selektiv dorsal rhizotomi (SDR) Dato: