

Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)

fysioterapiprotokoll

Fødselsnummer (11 siffer):

Navn:

Dato undersøkelse:

Fysioterapeut 2.linje: _____

Fysioterapeut 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

- GMFCS nivå** (Gross Motor Function Classification System):
- I: Går uten begrensninger
 - II: Går med begrensninger
 - III: Går med håndholdt forflytningshjelpemiddel
 - IV: Begrenset selvstendig forflytning; kan bruke elektrisk rullestol
 - V: Transporteres i manuell rullestol
 - Vet ikke

GMFM-66 (Gross Motor Function Measure)

GMFM-66 utført? Ja Nei Vet ikke

Dato:

Total poengsum:

Nedre konfidensintervall:

Øvre konfidensintervall:

Percentil:

FMS (Functional Mobility Scale)

- | 5 m | 50 m | 500 m |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> Vet ikke | <input type="checkbox"/> Vet ikke | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

- 6: Går selvstendig på all slags underlag
- 5: Går selvstendig på jevnt underlag
- 4: Bruker stokker (en eller to)
- 3: Bruker krykker
- 2: Bruker fremover- eller bakovervendt rollator
- 1: Bruker rullestol
- C: Krabber
- N: Kan ikke anvendes

Sittehjelpemiddel

Bruker sittehjelpemiddel? Ja Nei Vet ikke

- Antall timer per dag:
- <3 timer
 - 3-7 timer
 - 8-12 timer
 - >12 timer
 - Vet ikke

Rullestol

Bruker rullestol? Ja Nei Vet ikke

Innendørs:

- Manuell:
- Bruker ikke
 - Blir kjørt
 - Kjører selv
 - Vet ikke

Utendørs:

- Bruker ikke
- Blir kjørt
- Kjører selv
- Vet ikke

- Elektrisk:
- Bruker ikke
 - Blir kjørt
 - Kjører selv
 - Vet ikke

- Bruker ikke
- Blir kjørt
- Kjører selv
- Vet ikke

Ståhjelpemiddel

Bruker ståhjelpemiddel? Ja Nei Vet ikke

- Type:
- Statisk
 - Dynamisk
 - Vet ikke

- Dager per uke:
- 1-2
 - 3-4
 - 5-6
 - 7
 - Vet ikke

- Antall timer per dag:
- <1
 - 1-2
 - 3-4
 - >4
 - Vet ikke

Ortoser

Bruker ortoser? Ja Nei Vet ikke

- Dager per uke:
- 1-2
 - 3-4
 - 5-6
 - 7
 - Vet ikke

- | Type: | Antall timer per dag: | Hensikt: | Har effekt: |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fotortoser (FO) | <input type="checkbox"/> ≤2
<input type="checkbox"/> 3-6
<input type="checkbox"/> ≥7 | | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei |
| <input type="checkbox"/> Ankel-fotortoser (AFO) | <input type="checkbox"/> ≤2
<input type="checkbox"/> 3-6
<input type="checkbox"/> ≥7 | <input type="checkbox"/> ROM
<input type="checkbox"/> Funksjon
<input type="checkbox"/> Stabilitet | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei |
| <input type="checkbox"/> Kne-ankel-fotortoser (KAFO) | <input type="checkbox"/> ≤2
<input type="checkbox"/> 3-6
<input type="checkbox"/> ≥7 | <input type="checkbox"/> ROM
<input type="checkbox"/> Funksjon
<input type="checkbox"/> Stabilitet | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei |
| <input type="checkbox"/> Kneortoser (KO) | <input type="checkbox"/> ≤2
<input type="checkbox"/> 3-6
<input type="checkbox"/> ≥7 | <input type="checkbox"/> ROM
<input type="checkbox"/> Funksjon
<input type="checkbox"/> Stabilitet | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei |
| <input type="checkbox"/> Hofteortoser (HO) | <input type="checkbox"/> ≤2
<input type="checkbox"/> 3-6
<input type="checkbox"/> ≥7 | <input type="checkbox"/> ROM
<input type="checkbox"/> Funksjon
<input type="checkbox"/> Stabilitet | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nei |
- Funksjonell elektrisk stimulerende ortose

Rygg (valider mot evt. røntgenundersøkelse)

Har skoliose? Ja Nei Vet ikke

Vurdert i: Stående
 Sittende
 Liggende
 Vet ikke

Skoliose hvor?

Thorakal: Høyrekonveks Venstrekonveks

Thorakolumbal: Høyrekonveks Venstrekonveks

Lumbal: Høyrekonveks Venstrekonveks

Skoliose type: Korrigierbar
 Ikke korrigierbar/rigid
 Vet ikke

Skoliose grad: Lett
 Moderat
 Uttalt
 Vet ikke

Truncusortose

Bruker truncusortose? Ja Nei Vet ikke

Hensikt: Stabiliserende
 Korrigerende
 Vet ikke

Har effekt? Ja Nei Vet ikke

Antall timer per døgn: < 3 timer
 3-7 timer
 8-12 timer
 > 12 timer
 Vet ikke

PPAS (Posture and Postural Ability Scale)

Er PPAS utført? Ja Nei Vet ikke

	Ryngleie	Mageleie	Sittende	Stående
Postural kontroll nivå (1-7):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kvalitet frontalt total poengsum (0-6):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kvalitet sagittalt total poengsum (0-6):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Posisjonering GMFCS III-V

Ligger antall timer per døgn: < 8 timer
 8-12 timer
 > 12 timer
 Vet ikke

Endrer position i liggende: Selvstendig
 Hjelper til
 Helt avhengig av hjelp
 Vet ikke

Har tiltak for posisjonering i liggende: Ja Nei Vet ikke

Spastisitet

Kryssing ved gange/aktivitet: Ingen
 Lett
 Uttalt
 Vet ikke

Kryssing i hvile: Ingen
 Lett
 Uttalt
 Vet ikke

Fotklonus:

Høyre

Ja Nei Vet ikke

Venstre

Ja Nei Vet ikke

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

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

	Høyre	Venstre
Uten anmerkning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoftefleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hofteekstensorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hofteadduktorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Knefleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kneekstensorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plantarfleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Leddstatus

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

		GMFCS		Høyre	Venstre
		I-II	IV-V		
Hofte	Abduksjon	≥ 40	≥ 30	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ekstensjon i mageleie	≥ 0	≥ 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Fleksjon	≥ 110	≥ 110	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Innadrotasjon	≥ 40	≥ 40	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Utadrotasjon	≥ 40	≥ 40	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Duncan Ely	≥ 120	≥ 110	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kne	Poplitealvinkel	≤ 40	≤ 50	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ekstensjon	≥ 0	≥ -10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ankel	Dorsalfleksjon med flektert kne	≥ 20	≥ 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dorsalfleksjon med ekstendert kne	≥ 10	≥ 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ankel/Fot

Belastet hæl er:

Høyre

- Normal
- Varus
- Valgus
- Vet ikke

Venstre

- Normal
- Varus
- Valgus
- Vet ikke

Fraktur - Siden forrige NorCP protokoll (eller ved førstegangsregistrering)

Har hatt fraktur? Ja Nei Vet ikke

Smerter - den siste måneden

Plaget med smerter i kroppen? Ja Nei Vet ikke

- Lokalisering?
- Hode
 - Nakke/skuldre
 - Rygg
 - Armer/hender
 - Mage
 - Hofter
 - Legg/knær
 - Føtter
 - Annet
 - Vet ikke

- Hvor ofte?
- Daglig
 - Ukentlig
 - Sjeldnere
 - Vet ikke

- Hvor sterke?
- Meget svake
 - Svake
 - Moderate
 - Sterke
 - Svært sterke
 - Vet ikke

Hvor mye har smertene påvirket:

- Daglige aktiviteter?
- Ikke i det hele tatt
 - Litt
 - Moderat
 - Mye
 - Veldig mye
 - Vet ikke

- Søvn?
- Ikke i det hele tatt
 - Litt
 - Moderat
 - Mye
 - Veldig mye
 - Vet ikke

Hvilke tiltak har foreldre og/eller barnet selv satt i verk for å lindre eller redusere smerter?

- Hvile
- Massasje
- Skifte stilling/liggestilling
- Reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux, osv.)
- Fysioterapi rettet mot smerter
- Konsultert habiliteringstjenesten
- Konsultert fastlegen
- Ingen tiltak
- Annet
- Vet ikke

Hvem rapporterer om smerter?

- Barnet/ungdommen
- Mor/far
- Annen omsorgsperson
- Vet ikke

Fysioterapi

Har fått fysioterapeutiske tiltak siden forrige NorCP protokoll?
(Hvis førstegangsregistrering: Har tidligere fått fysioterapeutiske tiltak?)

Ja Nei Vet ikke

Er det formulerte mål for fysioterapeutiske tiltak?

Ja Nei Vet ikke

Er målet/målene oppnådd?

Ja Delvis Nei Vet ikke

Har fått tiltak hvor målet har vært å forberede funksjon på:

Kroppsfunksjonsnivå Ja Nei Vet ikke

Kontrakturprofylakse:

Passiv tøyning Ja Nei Vet ikke

Ståstativ Ja Nei Vet ikke

Ortoser Ja Nei Vet ikke

Gjennombevegelse Ja Nei Vet ikke

Postural kontroll Ja Nei Vet ikke

Muskelstyrke Ja Nei Vet ikke

Kondisjon Ja Nei Vet ikke

Respirasjon/luftveier Ja Nei Vet ikke

Annet, beskriv Ja Nei Vet ikke

Aktivitets- og/eller deltakelsesnivå Ja Nei Vet ikke

Trening av kroppsfunksjoner Ja Nei Vet ikke

Ortoser Ja Nei Vet ikke

Manuell stimulering av stilling/bevegelse Ja Nei Vet ikke

Funksjonell trening Ja Nei Vet ikke

Tillrettelegging av omgivelser/hjelpemidler Ja Nei Vet ikke

Konseptuelle metoder Ja Nei Vet ikke

Annet, beskriv Ja Nei Vet ikke

Hvor ofte har fysioterapeuten vært tilstede?

- <1 g/mnd
- 1-3 g/mnd
- 1-2 g/uken
- 3-5 g/uken
- >5 g/uken
- Vet ikke

Har deltatt i intensive treningsprogram / Hatt treningsperiode med høyere frekvens enn vanlig?

Ja Nei Vet ikke

Treningsperiode lengde: 2-6 uker
 7-12 uker
 < 12 uker
 Vet ikke

Treningen er utført: 3-5 g/uken
 Daglig
 Vet ikke

Fysisk Aktivitet

Har deltatt i organisert fysisk aktivitet (kroppsøving) i **barnehage/skole** siden forrige NorCP protokoll? Ja Nei Vet ikke

(Hvis førstegangsregistrering: Har noen gang deltatt i organisert fysisk aktivitet?)

- Hvor ofte:
- <1 g/uken
 - 1-2 g/uken
 - 3-5 g/uken
 - Vet ikke

Har deltatt i fysiske **fritidsaktiviteter** (organisert/uorganisert) siden forrige NorCP protokoll? Ja Nei Vet ikke

(Hvis førstegangsregistrering: Har noen gang deltatt i organisert fysisk aktivitet?)

- Hvor ofte:
- <1 g/uken
 - 1-2 g/uken
 - 3-5 g/uken
 - Vet ikke

Hvis = Nei;

Har deltatt i fysiske fritidsaktiviteter (organisert/uorganisert) siden forrige NorCP protokoll?

- Deltar ikke i fysiske fritidsaktiviteter på grunn av?
- Tilbud finnes ikke
 - Manglende assistanse/tilrettelegging
 - Manglende motivasjon
 - Manglende overskudd
 - Ikke aktuelt pga alder eller helsetilstand
 - 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:
- Psoas
 - Adductorer
 - Rectus femoris
 - Hamstrings
 - Gastrocnemius
 - Soleus
 - Tibialis posterior
 - Vet ikke

- Injeksjon er satt i:
- Psoas
 - Adductorer
 - Rectus femoris
 - Hamstrings
 - Gastrocnemius
 - Soleus
 - Tibialis posterior
 - Vet ikke

- Injeksjon er satt i:
- Psoas
 - Adductorer
 - Rectus femoris
 - Hamstrings
 - Gastrocnemius
 - Soleus
 - Tibialis posterior
 - 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)

røntgenprotokoll

(registreres som eget skjema i eReg)

Fødselsnummer (11 siffer):

Navn:

Hofteøntgen

Dato:

Acetabularindeks (AI): Høyre Venstre

Migrasjonsprosent (MP): Høyre Venstre

Head Shaft Angle (HSA): Høyre Venstre

- Vurdering:
- 1. Normale måleverdier. anbefaler videre rtg kontroller iht oppfølgingsprogrammet.
 - 2. Normale, stabile måleverdier. anbefaler at screening avsluttes. Nytt rtg bilde av bekken front tas ved eventuell klinisk mistanke/indikasjon
 - 3. Patologiske verdier. anbefaler at barnet vurderes snarlig av barneortoped mht operasjon.
 - 4. Patologiske verdier, barnet er søkt til operasjon.
 - 5. Patologiske verdier, men foreldre ønsker ikke operasjon.
 - 6. Patologiske verdier, men ikke indikasjon for operasjon.
 - 7. Annet
 - Vet ikke

Ryggøntgen

Dato:

Cobbvinkel

Thoracal skoliose: Høyrekonveks Venstrekonveks

Thoracolumbal skoliose: Høyrekonveks Venstrekonveks

Lumbal skoliose: Høyrekonveks Venstrekonveks

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: