



CEREBRAL PARESEREGISTERET I NORGE

Et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

CPRNung Motorisk funksjon

Fødselsnummer (11 siffer):

Fylles ut av CPRN
Skjemanummer:

Grovmotorisk funksjon

Dato for denne kliniske undersøkelse:

GMFCS

Gross Motor Function Classification System (GMFCS):

- Nivå I
- Nivå II
- Nivå III
- Nivå IV
- Nivå V
- Vet ikke

Posisjonering - GMFCS IV-V

Ligger antall timer per døgn:

- < 8
- 8-12
- > 12
- Vet ikke

Endrer posisjon i liggende:

- Selvstendig
- Hjelper til
- Helt avhengig av hjelp
- Vet ikke

Har hjelpemidler for posisjonering: Ja Nei Vet ikke

Hvilke(n) hjelpemidler:

- Puter
- Stillbar seng
- Liggeskall
- Andre

Andre hjelpemidler:

FMS

The Function Mobility Scale (FMS):

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

Rullestol

Bruker rullestol? Ja Nei Vet ikke

Innendørs:

Hjelp

Angi det som vanligvis gjelder

Manuell: Bruker ikke
 Blir kjørt
 Kjører selv
 Vet ikke

Elektrisk: Bruker ikke
 Blir kjørt
 Kjører selv
 Vet ikke

Utendørs:

Hjelp

Angi det som vanligvis gjelder

Manuell: Bruker ikke
 Blir kjørt
 Kjører selv
 Vet ikke

Elektrisk: Bruker ikke
 Blir kjørt
 Kjører selv
 Vet ikke

Ståhjelpemiddel

Bruker ståhjelpemiddel? Ja Nei 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

Type: Ståstativ
 Ståskall
 Stårullestol
 NF-Walker
 Innowalk
 Vet ikke

Ortoser

Bruker ortoser? Ja Nei Vet ikke

Type ortoser	Antall timer per døgn	Hensikt	Har effekt
<input type="checkbox"/> Fotortoser (FO)	<input type="checkbox"/> < 6 timer <input type="checkbox"/> ≥ 6 timer	<input type="checkbox"/> Rom <input type="checkbox"/> Funksjon <input type="checkbox"/> Stabilitet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Ankel-fotortoser (AFO)	<input type="checkbox"/> < 6 timer <input type="checkbox"/> ≥ 6 timer	<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"/> < 6 timer <input type="checkbox"/> ≥ 6 timer	<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"/> < 6 timer <input type="checkbox"/> ≥ 6 timer	<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"/> < 6 timer <input type="checkbox"/> ≥ 6 timer	<input type="checkbox"/> Rom <input type="checkbox"/> Funksjon <input type="checkbox"/> Stabilitet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Rygg

Skolioseoperert? Ja Nei Vet ikke

Har skoliose? Ja Nei Vet ikke

Vurdert: Stående
 Sittende
 Liggende på benk
 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

Hjelp

- **Lett skoliose:** Skoliose som sees ved fremoverbøying med rett bekken
- **Moderat skoliose:** Skoliose som er tydelig både ved fremoverbøying og ved oppreist stilling
- **Uttalt skoliose:** Skoliose som krever sidestøtte for å opprettholde rett stilling i sittende eller stående

Korsett

Bruker korsett? Ja Nei Vet ikke

Bruker antall timer per døgn: < 1
 1-2
 3-4
 5-6
 7-9
 ≥ 10
 Vet ikke

Type: Dynamisk (lycra)
 Stivt (body jacket)
 Vet ikke

Hensikt: Stabiliserende
 Korrigerende
 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:

	Høyre	Venstre	Hjelp
Hoftefleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruk følgende svaralternativer: 0 1 1+ 2 3 4
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

		Høyre	Venstre
Hofter	Abduksjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ekstensjon i mageleie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Fleksjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Innadrotasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Utadrotasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Duncan Elys test	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kne	Poplitealvinkel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ekstensjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ankel		Høyre	Venstre
	Dorsalfleksjon med flektert kne	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dorsalfleksjon med ekstendert kne	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ankel/fot

Belastet hæl er:

- Høyre Normal
 Varus
 Valgus
 Vet ikke
- Venstre Normal
 Varus
 Valgus
 Vet ikke

Fysioterapi

Kontakt med fysioterapeut det siste året? Ja Nei Vet ikke

Hvor ofte?

Deltatt i intensive treningsprogram? Ja Nei Vet ikke

Spesifikke mål for treningen? Ja Nei Vet ikke

Trening for å påvirke:

Muskelstyrke Ja Nei Vet ikke

Muskeltonus Ja Nei Vet ikke

Leddbevegelse Ja Nei Vet ikke

Postural kontroll Ja Nei Vet ikke

Kondisjon Ja Nei Vet ikke

Kroppsoppfatning Ja Nei Vet ikke

Respirasjon Ja Nei Vet ikke

Smerte Ja Nei Vet ikke

Funksjon etter kirurgi Ja Nei Vet ikke

Funksjon etter botox Ja Nei Vet ikke

Fysisk aktivitet

SKOLE

Ukentlig gym på skolen? Ja Nei Vet ikke

Tilrettelagt alternativ fysisk aktivitet i skoletiden? Ja Nei Vet ikke

FRITID

Fysisk aktivitet på fritiden? Ja Nei Vet ikke

Hvis **Ja**, fortsett på de neste spørsmålene.

Hvis **Nei**, gå videre til "Ingen fysisk aktivitet på fritiden på grunn av?".

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

Type: Basket
 Bueskyting
 Dans
 El. Bandy
 Fotball
 Kj. Hockey
 Klatring
 Riding
 Ski
 Skøyter
 Svømming
 Sykling
 Treningsstudio
 Annet

Annen fysisk aktivitet:

Hvis **Nei**.

Ingen fysisk aktivitet på fritiden på grunn av? Tilbud finnes ikke
 Manglende assistanse
 Manglende interesse
 Manglende tilrettelegging
 Orker ikke
 Annet

Finmotorisk funksjon

Dato for denne kliniske undersøkelse:

MACS

Manual Ability Classification System (MACS): I
 II
 III
 IV
 V
 Vet ikke

HOUSE - funksjonsklassifikasjon av hver hånd

Høyre	Venstre
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> Vet ikke

Spastisitet etter "Modified Ashwort" skala

	Høyre	Venstre
Albufleksorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Underarmspronatorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Håndleddsflexorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tommelfleksorer/adduktorerer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fingerflexorer	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hjelp
Bruk følgende svaralternativer:
0
1
1+
2
3
4

Leddbevægelse (passiv og aktiv)

		Høyre	Venstre
Skulder	Passiv fleksjon (>160°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aktiv fleksjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Albu	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 (30°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HOUSE - tommel klassifikasjon

Klassifikasjon av tommelens stilling ved aktivt grep

- | Høyre | Venstre |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 (ingen) | <input type="checkbox"/> 0 (ingen) |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Vet ikke | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Zancolli

Klassifikasjon av håndledd og fingres evne til aktiv ekstensjon

- | Høyre | Venstre |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 (ingen anmerkning) | <input type="checkbox"/> 0 (ingen anmerkning) |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2A | <input type="checkbox"/> 2A |
| <input type="checkbox"/> 2B | <input type="checkbox"/> 2B |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> Vet ikke | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Ergoterapi

Kontakt med ergoterapeut det siste året? Ja Nei Vet ikke

Hvis **Ja**, fortsett på neste spørsmål.

Hvis **Nei**, gå videre til "Årsak" spørsmålet.

- Formål: Trening av håndfunksjon
 ADL-trening
 Hjelpemiddeltilpasning
 Stoltilpasning
 Tilrettelegging og veiledning
 Trening etter kirurgi
 Trening etter botox
 Vet ikke

Hvis **Nei**.

Årsak: Ikke behov Tilbud finnes ikke Vet ikke

Trening av håndfunksjon

Trening for å bedre håndfunksjon? Ja Nei Vet ikke

- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| Type: <input type="checkbox"/> Råd og veiledning | Antall 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"/> Funksjonell | Antall 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 |

- Modifisert CI-terapi, CIMT
- | Antall 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 |

- Bimanuell intensiv trening, BIMT
- | Antall 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 |

- Utført av:
- Ergoterapeut
 - Fysioterapeut
 - Foreldre
 - Pedagog, andre
 - Vet ikke

ADL-Trening

ADL-trening? Ja Nei Vet ikke

- Type:
- Spise- og drikkesituasjon
 - Av og påkledning
 - Tilrettelegging og veiledning
 - Toalettsituasjon
 - Lek og skolesituasjon
 - Vet ikke

- Antall ganger per uke:
- < 1
 - 1-2
 - 3-5
 - 6-7
 - Vet ikke

- Antall uker:
- < 2
 - 2-6
 - 7-12
 - > 12
 - Vet ikke

- Utført av:
- Ergoterapeut
 - Fysioterapeut
 - Foreldre
 - Pedagog, andre
 - Vet ikke

Ortoser

Bruker ortoser? Ja Nei Vet ikke

Ortose for å forbedre funksjon? Ja Nei Vet ikke

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

Materiale: Rigid
 Fleksibelt
 Lycra
 Vet ikke

Anvendingsstid: \leq 6/t døgn
 \geq 6/t døgn
 Vet ikke

Ønsket effekt: Ja
 Nei
 Vet ikke

Ortose for passiv tøyning? Ja Nei Vet ikke

Ortosen går over ledd: Albu
 Underarm
 Håndledd
 Tommel
 Fingre

Materiale: Rigid
 Fleksibelt
 Lycra
 Vet ikke

Anvendingsstid: \leq 6/t døgn
 \geq 6/t døgn
 Vet ikke

Ønsket effekt: Ja
 Nei
 Vet ikke