

Patient: _____ Födelsedata: _____

Datum för aktuell amputation _____ Ampnivå _____ Sida _____

Aktuell uppföljning: 6 mån 12 mån 24 mån senare (ange antal år) Intervjudatum: _____

Start protesanvändning (date the patient started using/training with his/her first own prosthesis for this amputation) _____

Är patienten vid denna uppföljning bilateralt amputerad? Ja Nej

Är patienten vid detta uppföljningstillfälle protesanvändare (oavsett om protesen tillfälligt inte används alls)?

 Ja Nej Om Nej: Har inte fått protes Har fått protes

ID nummer för aktuell protes (Prosthetic reference number, om sådant finns): _____

Co-morbidity (Har patienten en eller flera andra sjukdomar eller funktionshinder som påtagligt försvårar funktion med protes vid aktuell uppföljning (t.ex. reumatoid artrit, fraktur, hjärt-, lung- eller njursjukdom, stroke, neurologisk sjukdom, demens, nedsättning av syn, hörsel eller handfunktion, sårproblematik, kontraktur i höft, knä eller fotled)?)

 Ja NejHar du återvänt till det boende du hade innan försämringen som ledde till amputation? Ja Nej

Aktuell protesanvändning och protesfunktion

(Vid bilateral amputation avser dessa frågor användning av protes oavsett om en eller två)

Hur många dagar per vecka har du, normalt sett, protesen på dig? _____ (siffror 0-7)

Hur många timmar per dag har du, normalt sett, protesen på dig?

0 – 3 timmar 4 – 6 timmar 7 – 9 timmar 10 -12 timmar 13 – 15 timmar mer än 15 tim

Hylsans passform: Hur komfortabel är din hylsa (dina hylsor) nu på en skala från 0 till 10, där 0 är sämsta tänkbara komfort och 10 bästa tänkbara komfort?

Socket Comfort Score: _____ (0-10)

Klarar du att helt självständigt ta på dig protesen? Ja NejVilket gånghjälpmedel använder du normalt sett vid gående med protes i ditt hem? Inget 1 krycka/1 käpp 2 kryckor/2 käppar Rollator/Betastöd Gåbord Går ej med protesen hemma Pat saknar förmåga besvara fråganVilket gånghjälpmedel använder du normalt sett vid gående med protes utomhus? Inget 1 krycka/1 käpp 2 kryckor/2 käppar Rollator/Betastöd Gåbord Går ej med protesen utomhus Pat saknar förmåga besvara fråganAnvänder du, förutom ovan nämnda hjälpmedel, även rullstol? Ja Nej Pat saknar förmåga besvara frågan

LCI-5 besvaras på separat formulär

Timed up & go test (TUG utförs med det ghj som normalt sett används i hemmet enligt ovan): Tid (hela sekunder) _____

Signatur:

Sammanfattande klassificering av gångförmåga med protes vid denna uppföljning (besvaras av vårdgivaren):

- Använder protes för att förenkla förflyttningar, men ej för gående (t.ex. till och från rullstol)
- Kan gå i låg hastighet inomhus eller på plant underlag utomhus, med eller utan gånghjälpmedel
- Kan gå inomhus och utomhus med eller utan gånghjälpmedel. Klarar låga hinder som trottoarkanter, trappor eller ojämnt underlag (kan röra sig i samhället med/utan gånghjälpmedel)
- Kan gå i varierad gånghastighet. Klarar att gå i de flesta miljöer med olika utmanande underlag (halka, lutande eller ojämnt underlag). Utövar aktiviteter som kräver protesanvändning utöver vanligt gående.
- Kan använda protes utöver grundläggande gångfärdigheter. Utövar krävande aktivitet som utsätter amputationsstump och protesen för hög belastning (som avancerade idrottsaktiviteter och barns lek).

Aktuell förekomst av stumpsmärta (Vid bilateral amputation berör frågan ettdera benet eller båda)

Har du under de senaste 3 månaderna haft smärta i amputationsstumpen, dvs smärta lokaliserad till den del av benet eller foten som är kvar? (Besvaras med Ja om aktuell smärtfrihet uppnåtts genom t.ex. medicinering eller annan behandling)

- Nej Ja, lite Ja, måttligt Ja, mycket Kan ej besvara

Har du under de 3 senaste månaderna tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för smärtan?

- Nej, jag har inte behövt det
- Nej, men jag har haft så ont att jag skulle behövt det. Har avstått för att det inte hjälper eller pga biverkningar/andra obehag
- Ja, jag har tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för smärtan.

Om Ja, hur ofta?: Enstaka gånger Någon gång/vecka Flera gånger/vecka Varje dag

Aktuell förekomst av fantomsmärta eller fantomkänsla (Vid bilateral amputation berör frågan ettdera benet eller båda)

Har du under de senaste 3 månaderna haft fantomsmärta eller besvärande fantomkänsla, d.v.s. smärta eller andra sensationer (upplevelse av att foten finns kvar, pirrande, värmekänsla, köldkänsla) lokaliserad till den del av ditt amputerade ben eller fot som inte finns kvar? (Besvaras med Ja om aktuell smärtfrihet uppnåtts genom t.ex. medicinering eller annan behandling)

- Nej Ja, lite Ja, måttligt Ja, mycket Kan ej besvara

Har du under de 3 senaste månaderna tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för fantomsmärtan eller fantomkänslan?

- Nej, jag har inte behövt det
- Nej, men jag har haft så ont att jag skulle behövt det. Har avstått för att det inte hjälper eller pga biverkningar/andra obehag
- Ja, jag har tagit smärtstillande medicin eller fått annan behandling för smärtan.

Om Ja, hur ofta?: Enstaka gånger Någon gång/vecka Flera gånger/vecka Varje dag

Generell hälsa och sammanfattning

Hur vill du sammanfatta hela Din situation som amputerad? Den är ...

- Mycket bra Bra Varken bra eller dålig Dålig Mycket dålig

Pat saknar förmåga besvara frågan

EQ 5D-5L (besvaras på separat formulär. formuläret kan skrivas ut från dataplattformen)

Har rehabilitering skett via Gåskola eller annan instans med inriktning protesträning? Ja Nej

Har du, hitills, fått träffa någon annan som också har en benamputation (för att tex ställa frågor)?

Ja Nej Om Nej: **Skulle du Önska det?** Ja Nej

Signatur: