|  |  |
| --- | --- |
| **Personnummer**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Inskrivningsdatum**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Etiologi** |  |
|  | Sport |  |
|  | Överfall |  |
|  | Transport/trafik |  |
|  | Fall |  |
|  | Annat olycksfall |  |
|  | Icke-traumatisk skada |  |
|  | Ospecificerat/okänt |  |
| **Fraktur väsentlig för rehabförloppet** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
| **Annan komplicerande faktor väsentlig för rehabförloppet** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
| **Kirurgisk behandling av kotpelarskada - Dekompression** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
| **Kirurgisk behandling av kotpelarskada - Fixation/fusion** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Motorisk nivå höger**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Saknas | **Motorisk nivå vänster\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | Saknas |
| **Sensorisk nivå höger**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Saknas | **Sensorisk nivå vänster**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Saknas |
| **ASIA impairment Scale** |  |
|  | Complete |  |
|  | Incomplete (B) |  |
|  | Incomplete (C) |  |
|  | Incomplete (D) |  |
|  | Normal |  |
|  | Okänt |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Neurogen blåsrubbning** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |
| **Om Neurogen blåsrubbning, fyll i nedanstående:** |
| Huvudsakligen normal blåstömning | Intermittent kateterisering | KAD | Suprapubisk KAD | Annan urindeviation |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |
|  |  |  |  |  |
| **Störd tarmfunktion** |  |  |  |  |
|  | Nej |  |  |  |  |  |  |
|  | Ja |  |  |  |  |  |  |
|  | Vet ej |  |  |  |  |  |  |
| **Om Störd tarmfunktion, fyll i nedanstående:** |
| Inkontinens | Stomi | Toatid |
|  | Nej |  | Nej |  | < 30 min/gång |
|  | Ja |  | Ja |  | 30-60 min/gång |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | > 60 min/gång |
|  |  |  |  |  | Vet ej |
| **Andningstekniskt hjälpmedel** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |

**Om Andningstekniskt hjälpmedel, fyll i nedanstående:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tracheostomi | Phrenicus-stimulator | CPAP | Ständigt ventilatorbehov | Partiellt ventilatorbehov | Mekaniskt hosthjälpmedel |
|  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |  | Nej |
|  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |  | Ja |
|  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |  | Vet ej |
| **Trycksår vid inskrivning** |  |
|  | Nej |  |
|  | Ja |  |
|  | Vet ej |  |