Afdækningsskema, som anvendes af det tværsektorielle CPOP team under/efter konsultationen ved udlevering af ortoser

Skemaet udfyldes af den regionale CPOP koordinator i samarbejde med det tværsektorielle CPOP team i forbindelse med ordination af ortoser, som er omfattet af prøvehandlingen. Den regionale CPOP koordinator samler skemaerne og sender dem til Charlotte Jensen ([chajes@rm.dk](mailto:chajes@rm.dk)), når prøvehandlingen er afsluttet\*. Skemaerne anvendes i forbindelse med den afsluttende evaluering af prøvehandlingen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn på barnet** |  |
| **Hospital** |  |
| **Kommune** |  |
|  | |
| **Afdækning** | **Beskrivelse** |
| Barnets grovmotoriske funktionsniveau (GMFCS) (sæt kryds) | Sværhedsgrad 1  Sværhedsgrad 2  Sværhedsgrad 3  Sværhedsgrad 4  Sværhedsgrad 5 |
| Beskriv hvilken type ortose, der er behov for |  |
| Skal barnet have en ny type ortose, eller er der tale om en genbevilling (sæt kryds) | Ny ortose  Udskriftning/genbevilling |
| Formålene med at anvende ortosen (sæt kryds – sæt gerne flere krydser, hvis det er relevant) | Behandlende  Forebyggende  Udviklende  Aktiverende  Afhjælpende  Livsforbedrende |
| Eventuelle kommentarer ang. formålene med at anvende ortosen |  |
| Beskriv hvornår der skal foretages opfølgning, og hvem der skal foretage opfølgningen |  |
| Forældrene har givet mundtligt samtykke til, at afdækningsskemaet sendes til kommunen | Ja  Nej |

\* Lokalgrupperne aftaler, hvordan de journaliserer afdækningsskemaet i EPJ.