

## Arbetsterapeutens/fysioterapeutens formulär – uppföljning efter 3 månader (besvaras av arbetsterapeut/fysioterapeut)

Version 2019-05-20

Observera att alla frågor ska besvaras. Detta för att en riktig statistisk analys ska kunna göras.

Enhet:

---

Datum för uppföljning:

---

Patientens personnummer:  -

Genomförda åtgärder:  
(Flera alternativ möjliga)

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Individuell bedömning av arbetsterapeut          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Individuell bedömning av fysioterapeut           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Teoretisk undervisning i grupp                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Teoretisk undervisning individuellt              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Teoretisk undervisning via internet              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Träff med artrosinformatör                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Individuell träningsgenomgång med arbetsterapeut | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Individuell träningsgenomgång med fysioterapeut  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Individuell träningsgenomgång via internet       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Gavs teoriundervisning före träningsgenomgång?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har någon åtgärd genomförts med tolk?            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Övervakad träning:

- Fler än 12 träningstillfällen
- 10-12 träningstillfällen
- 7-9 träningstillfällen
- 1-6 träningstillfällen
- Ej deltagit i övervakad träning

Har patienten deltagit i internetbaserad träning?  Ja  Nej

Är patienten opererad i mest besvärande led sedan första besök? *Frågan avser alla typer av ledrelaterad kirurgi inklusive osteotomier, dock inte muskelkirurgi eller protesoperation.*  Ja  Nej

Opererad på motsatta sidan sedan första besök?  Ja  Nej

Är patienten röntgad i mest besvärande led sedan första besök?  Nej  Ja  Vet ej

Om ja, visade röntgen artrosförändringar?  Nej  Ja  Vet ej

Har patienten genomgått magnetkameraundersökning av mest besvärande led sedan första besök?  Nej  Ja  Vet ej

Står patienten på väntelista för protesoperation?  Ja  Nej

Har arbetsterapeut eller fysioterapeut gett annan behandling för artros än grundbehandling under den senaste tremånadersperioden?  Ja  Nej

Har patienten tagit ledrelaterade läkemedel under senaste 3-månadersperioden?

Ja

Nej

Om ja, markera vilket/vilka läkemedel:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracetamol                        | <input type="checkbox"/> Kortison-injektioner |
| <input type="checkbox"/> NSAID och/eller acetylica          | <input type="checkbox"/> Naturläkemedel       |
| <input type="checkbox"/> Glukosamin                         | <input type="checkbox"/> Annat                |
| <input type="checkbox"/> Hyaluronsyra-injektioner (tuppkam) |   |