

Simpel Funktionsmåling

Cpr/id/navn: _____

Udført af : _____

Udført den : _____ - _____ år:

Egenvurdering

s1.	Egenvurdering for "dagen i dag" Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?	Fremragende.....1 <input type="checkbox"/> Vældig Godt.....2 <input type="checkbox"/> Godt.....3 <input type="checkbox"/> Mindre Godt.....4 <input type="checkbox"/> Dårligt.....5 <input type="checkbox"/>
s2.	Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til at gøre ?	Ja, for det meste.....1 <input type="checkbox"/> Ja, af og til.....2 <input type="checkbox"/> Nej, sjældent.....3 <input type="checkbox"/>
s3.	1. Bevægelighed	Jeg har ingen problemer med at gå omkring.....1 <input type="checkbox"/> Jeg har nogle problemer med at gå omkring.....2 <input type="checkbox"/> Jeg er bundet til sengen.....3 <input type="checkbox"/>
s4.	2. Personlig pleje	Jeg har ingen problemer med min personlige pleje1 <input type="checkbox"/> Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på2 <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på.....3 <input type="checkbox"/>
s5.	3. Sædvanlige aktiviteter arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter	Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter1 <input type="checkbox"/> Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter2 <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter.....3 <input type="checkbox"/>
s6.	4. Smerter/ubehag	Jeg har ingen smerter eller ubehag.....1 <input type="checkbox"/> Jeg har moderate smerter eller ubehag2 <input type="checkbox"/> Jeg har ekstreme smerter eller ubehag3 <input type="checkbox"/>
s7.	5. Angst/depression	Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret1 <input type="checkbox"/> Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret2 <input type="checkbox"/> Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret3 <input type="checkbox"/>

Barthel-20

Dato	Spisning (2)	Badning (1)	Personlig hygiejne (1)	Af- og påklædning (2)	forflytning (3)	mobilitet (3)	trappegang (2)	toiletbesøg (2)	blære kontrol (2)	tarm kontrol (2)	Sum
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Funktionstest

s8.	Fysisk Funktionstest	1 Kunne pgl. rejse sig fra stolen ?1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> ja, men brugte arme 3 <input type="checkbox"/> nej (Udføres først som orientering for at se om personen overhovedet kan rejse sig)
		2 Tandem test - Stående Balance Stå uden støtte 10 s. <input type="checkbox"/> _____ Sæt kryds ved de trin som udførtes og antal sekunder ved det hvor pt./borger opgav. (Tandem test) Semi-tandem 10 s <input type="checkbox"/> _____ Fuld tandem 10 s. <input type="checkbox"/> _____
		3 Timed Up & Go: Blev testen fuldført : 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nej, ville ikke 3 <input type="checkbox"/> nej (personale) Hvis nej: 1 <input type="checkbox"/> rejste sig ikke 2 <input type="checkbox"/> inden vending 3 <input type="checkbox"/> på vej retur Hvis ja : Score: Sekunder i alt: _____, _____ Hjælpe midler anvendt 3: 1 <input type="checkbox"/> rollator 2 <input type="checkbox"/> stok 3 <input type="checkbox"/> andet: _____
		4 Gentaget "oprejsning" fra en stol ? Antal gange på 30. sek:

Kognitiv OMC test

s9.	OMC test. Spørg ud fra hjælpeskema Sæt ring om svar:	Årstal 4 0	Måned 3 0	Klokken 3 0	Tæl baglæns 4 2 0	Måneder omvendt 4 2 0	Husket antal ord _____ x 2=	Sum
-----	---	---------------	--------------	----------------	----------------------	--------------------------	-----------------------------	-----