

# Behandlingsdagbog

Startdato:

År:

Deltager-ID: \_\_\_\_\_

Fornavn: \_\_\_\_\_

Efternavn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Kontakt, læge: \_\_\_\_\_

Kontakt, plejepersonale: \_\_\_\_\_

Klinik/afdeling: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon- og telefontid: \_\_\_\_\_

<b>INDLEDNING</b>	3
<b>PATIENT</b>	
Dine personlige mål	4
<b>LÆGE</b>	
Notater vedrørende behandling	10
<b>FYSIO- OG ERGOTERAPEUT</b>	
Genoptræning	12
<b>NÆSTE TID</b>	16

# Indledning

Kære patient,

Som en del af dit rehabiliteringstilbud modtager du behandling med botulinumtoxin. Se venligst den udleverede patientinformation om botulinumtoxin.

Behandlingsdagbogen er et redskab, der skal bruges til at hjælpe dig, dine behandlere (læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl.) og evt. pårørende til at optimere din rehabilitering.

Formålet med behandlingsdagbogen er at gøre det nemmere at vurdere effekten af behandlingen.

## Vigtigt

Behandlingen gives som indsprøjtninger i udvalgte muskler, og for maksimal rehabilitering bør du regelmæssigt **én gang om ugen på samme ugedag** vurdere behandlingen i forhold til et par specifikke mål, som du og evt. din behandler mener er vigtige at fokusere på.

Til dette formål skal du udfylde skemaerne på side 4-7.

Behandlingsdagbogens svar, notater og kommentarer kan bidrage til, at I nemmere kan vurdere, om behandlingen lever op til forventningerne, og om I når de mål, som du og din behandler i fællesskab har sat inden behandlingens start.

Med venlig hilsen

Klinik/Afdeling

## Dine personlige mål

1. Sæt dig 1-2 personlige mål.  
Det kan f.eks. være selv at børste tænder uden assistance, vaske dig i armhulen, gå 100 meter med en stok eller tilsvarende. *NB. Målene skal være forskellige!*
2. **Hver uge** (på samme ugedag og med en uges mellemrum) skal du vurdere, hvordan du udvikler dig i forhold til målet. Sammenlign altid med udgangspunktet, som svarer til "Lidt dårligere end målet" i tabellen nedenfor. Anført med kryds under "Uge 0".

### Mål 1

Beskrivelse, mål 1:

Udgangspunkt:

	Uge 0	Uge 1	Uge 2	Uge 3
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet	x			
Meget dårligere end målet				

	Uge 4	Uge 5	Uge 6	Uge 7
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

	Uge 8	Uge 9	Uge 10	Uge 11
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

3. Marker med et kryds, hvordan du har det i forhold til uge 0 (udgangspunktet), og notér dato.

**OBS:** Skriv også målene på side 12-13, så din terapeut kender til dem.

	Uge 12	Uge 13	Uge 14	Uge 15
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

	Uge 16	Uge 17	Uge 18	Uge 19
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

Evt. kommentar:

---



---



---



---



---

# Dine personlige mål

## Mål 2

Beskrivelse, mål 2:

Udgangspunkt:

	Uge 0	Uge 1	Uge 2	Uge 3
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet	x			
Meget dårligere end målet				

	Uge 4	Uge 5	Uge 6	Uge 7
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

	Uge 8	Uge 9	Uge 10	Uge 11
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

	Uge 12	Uge 13	Uge 14	Uge 15
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

	Uge 16	Uge 17	Uge 18	Uge 19
Dato				
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet				
Meget dårligere end målet				

Evt. kommentar:

---



---



---



---



---

## Har du haft bivirkninger?

Har du haft bivirkninger i forbindelse med din behandling?

Nej  Ja



Hvis ja, beskriv venligst,  
hvilken type bivirkninger, du har haft:

---



---



---



---



---

Skulle du opleve bivirkninger i forbindelse med  
din behandling med botulinumtoxin,  
skal du kontakte din læge.



## Evt. andre notater vedr. behandlingen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Notater vedrørende behandling

(udfyldes af lægen)

Dato/år for undersøgelsen:	Teknik til injektionsvejledning: Ultralyd <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/>
Diagnose:	
Evt. bemærkning til diagnosen:	
Botulinumtoxin (BTX) indgivet af (lægens navn):	
Botulinumtoxin handelsnavn:	

**Spasticitetsbehandling med botulinumtoxin**

Injektionssteder		
Side	Muskel	Antal BTX-enheder:
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		

Se forklaring på forkortelser i muskeloversigten på bagsiden.

## Genoptræning

(udfyldes af fysio-/ergoterapeut)

Patienten har sat sig 1-2 personlige mål for hans/hendes behandling. Imellem de to behandlinger med botulinumtoxin (ca. 3 måneder) bedes du vurdere, hvordan patienten udvikler sig i forhold (eller relativt) til udgangspunktet (anført med et kryds under "Uge 0" "Lidt dårligere end målet" i tabellen nedenfor). Du bedes markere din vurdering med kryds i startfasen, midterfasen og slutfasen.

### Vurdering af patientens mål

#### Mål 1

Beskrivelse, mål 1:

Udgangspunkt:

	Uge 0	Startfase Dato	Midterfase Dato	Slutfase Dato
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet	x			
Meget dårligere end målet				

Evt. kommentar :

---



---



---

**Mål 2**

Beskrivelse, mål 2:
Udgangspunkt:

	Uge 0	Startfase Dato	Midterfase Dato	Slutfase Dato
Meget bedre end målet				
Lidt bedre end målet				
Målet opnået				
Lidt dårligere end målet	x			
Meget dårligere end målet				

Evt. kommentar :

---



---



---

# Genoptræning

## Hvor ofte træner patienten ved terapeut?

- Hver dag
- 3-4 gange om ugen
- 1-2 gange om ugen

## Hvor ofte træner patienten selv?

- Hver dag
- 3-4 gange om ugen
- 1-2 gange om ugen
- Bruger guided selv-rehabilitering (GSR)
- Træner ikke selv

## Hvordan/hvor foregår genoptræningen?

- På hospital
- I kommunalt regi
- Ambulant, individuel genoptræning, via egen læge
- Ambulant, holdtræning, via egen læge

Evt. kommentar :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Vurdering af behandlingen**

Fysioterapeuten
Fysioterapeutens navn: Fysioterapeutens telefonnr:
Er der andre behandlingsmål, som du sammen med patienten finder relevante? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?
Er der andre muskler eller muskelgrupper, der med fordel kan behandles med botulinumtoxin for at nå behandlingsmålet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?
Andre bemærkninger

Ergoterapeuten
Ergoterapeutens navn: Ergoterapeutens telefonnr:
Er der andre behandlingsmål, som du sammen med patienten finder relevante? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?
Er der andre muskler eller muskelgrupper, der med fordel kan behandles med botulinumtoxin for at nå behandlingsmålet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?
Andre bemærkninger

## Næste tid

### Du har tid i klinikken:

Dato: \_\_\_\_\_

Tid: \_\_\_\_\_

### Muskeloversigt

#### Overekstremitet

ADP	Adductor pollicis
APL	Abductor pollicis longus
BA	Brachialis
BI	Biceps Brachii
BR	Brachioradialis
ECR	Extensor carpi radialis
ECU	Extensor carpi ulnaris
ED	Extensor digitorum
EPB	Extensor pollicis brevis
EPL	Extensor pollicis longus
FCR	Flexor carpi radialis
FCU	Flexor carpi ulnaris
FDP	Flexor digitorum profundus
FDS	Flexor digitorum superficialis
FPB	Flexor pollicis brevis
FPL	Flexor pollicis longus
INT	Interosus
LUM	Lumbricalis
PEC	Pectoralis major
PT	Pronator teres

#### Underekstremitet

AB	Adductor brevis
AL	Adductor Longus
AM	Adductor magnus
BF	Biceps femoris
EDL	Extensor digitorum longus
EHL	Extensor hallucis longus
FDL	Flexor digitorum longus
FHL	Flexor hallucis longus
GA-L	Gastrocnemius lateral
GA-M	Gastrocnemius medial
Gmax	Gluteus maximus
GR	Gracilis
IP	Iliopsoas
RF	Rectus femoris
SM	Semimembranosus
SO	Soleus
ST	Semitendinosus
TA	Tibialis anterior
TP	Tibialis posterior
VI	Vastus intermedius
VL	Vastus lateralis
VM	Vastus medialis

### Noter

Klinik/afdeling:

Adresse:

Telefon - og telefontid: