

Behandlingsdagbok

Startdatum:

År:

Deltagare ID:

Förnamn:

Efternamn:

Patient ID nummer:

Kontakt, läkare:

Kontakt, vårdpersonal:

Avdelning / Klinik:

Adress:

Telefon - och dagar / tid för kontakt:

INLEDNING	3
PATIENT	
Dina personliga mål	4
LÄKARE	
Anmärkningar avseende behandling	10
FYSIO- OCH ARBETSTERAPEUT	
Rehabilitering	12
NÄSTA MÖTE	16

Inledning

Som en del av din rehabilitering får du behandling med botulinumtoxin. Läs patientinformationen från din läkare angående botulinumtoxin.

Denna behandlingsdagbok är ett verktyg för att hjälpa dig, din vårdgivare och rehabiliteringsnätverk (läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter etc.) att samverka runt din rehabilitering.

Syftet med behandlingsdagboken är också att utvärdera effekten av din behandling och förbättra resultaten.

Att tänka på!

Behandlingen ges som injektioner i utvalda muskler. En gång i veckan, på samma veckodag, bör du utvärdera behandlingen. Utgå ifrån de specifika mål du och din vårdgivare kommit överrens om är viktiga att fokusera på.

För detta ändamål, fyll i tabellerna på sidorna 4-7.

Svaren och kommentarerna i behandlingsdagboken kan hjälpa dig och din vårdgivare att bedöma huruvida behandlingen lever upp till de förväntningar och mål du och din vårdgivare satte upp före påbörjad behandling.

Vänliga hälsningar

Klinik / avdelning

Dina personliga mål

1. Sätt upp 1-2 personliga mål.
Till exempel borsta tänder utan hjälp, tvätta dig under armarna, gå 100 meter med en käpp eller likvärdig. *NB. Målen måste vara olika!*
2. Varje vecka, på samma veckodag, bör du utvärdera hur du förbättrats i förhållande till det uppsatta målet. Jämför alltid med utgångspunkten som motsvarar "Lite sämre än målet" i tabellen nedan. Indikeras med ett kryss vid "Vecka 0".

Mål 1

Beskriv mål 1:

Utgångspunkt:

	Vecka 0	Vecka 1	Vecka 2	Vecka 3
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet	x			
Mycket sämre än målet				

	Vecka 4	Vecka 5	Vecka 6	Vecka 7
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

	Vecka 8	Vecka 9	Vecka 10	Vecka 11
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

3. Markera med ett kryss din förändring/
 förbättring jämfört med vecka 0 och notera
 datumet.

OBS! Skriv också målen på sidorna 12-13,
 för att din terapeut ska kunna läsa dem.

	Vecka 12	Vecka 13	Vecka 14	Vecka 15
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

	Vecka 16	Vecka 17	Vecka 18	Vecka 19
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

Kommentarer:

Dina personliga mål

Mål 2

Beskriv mål 2:

Utgångspunkt:

	Vecka 0	Vecka 1	Vecka 2	Vecka 3
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet	x			
Mycket sämre än målet				

	Vecka 4	Vecka 5	Vecka 6	Vecka 7
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

	Vecka 8	Vecka 9	Vecka 10	Vecka 11
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

	Vecka 12	Vecka 13	Vecka 14	Vecka 15
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

	Vecka 16	Vecka 17	Vecka 18	Vecka 19
Datum				
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet				
Mycket sämre än målet				

Kommentarer:

Har du haft några biverkningar?

Har du haft några biverkningar i samband med din behandling?

Nej Ja



Om ja, var god och beskriv vilka biverkningar du har haft:

Om du upplever några biverkningar i samband med din behandling med botulinumtoxin ska du kontakta din läkare.

Övriga anteckningar angående behandlingen

Behandlingssynopsis

(Fylls i av läkaren)

Datum / år undersökning:	Teknik för injektion: Ultraljud <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/>
Diagnos:	
Eventuella kommentarer till diagnosen:	
Botulinumtoxin (BTX) injicerat av (läkare namn):	
Botulinumtoxin handelsnamn:	

Spasticitetsbehandling med botulinumtoxin

Injektionsställen		
Sida	Muskel	Antal BTX- enheter:
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"/>		

Ordlista för förkortningar i muskelöversikt på baksidan.

Rehabilitering

(fylls i av terapeuten)

Patienten har satt 1-2 personliga mål för hans / hennes behandling. Mellan de två behandlingarna med botulinumtoxin (ca 3 månader) ombeds du att utvärdera hur patienten fortskrider jämfört med utgångspunkten (anges med ett kryss vid "Vecka 0" för "Lite sämre än mål" i tabellerna nedan). Du uppmanas att utvärdera och markera med ett kryss för respektive startfas, mellanfas och slutfas.

Utvärdering av patientens mål

Mål 1

Beskriv mål 1:

Utgångspunkt:

	Vecka 0	Startfas Datum	Mellanfas Datum	Slutfas Datum
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet	x			
Mycket sämre än målet				

Kommentarer:

Mål 2

Beskriv mål 2:

Utgångspunkt:

	Vecka 0	Startfas Datum	Mellanas Datum	Slutfas Datum
Mycket bättre än målet				
Lite bättre än målet				
Målet uppnått				
Något sämre än målet	x			
Mycket sämre än målet				

Kommentarer:

Rehabilitering

Hur ofta får patienten träning med terapeut?

- Varje dag
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka

Hur ofta tränar patienten sig själv

- Varje dag
- 3-4 gånger per vecka
- 1-2 gånger per vecka
- Använder guidad självrehabilitering (GSR)
- Tränar inte själv

Hur / var har rehabiliteringen utförts?

- På sjukhus
- På kommunal institution/ i kommunerna
- Öppenvård, individuell rehabilitering genom sin allmänläkare
- Öppenvård, teamträning genom sin allmänläkare

Kommentarer:

Utvärdering av behandlingen

Fysioterapeut
Fysioterapeut namn: Fysioterapeut telefonnr.:
Finns det andra behandlingsmål som du och patienten finner relevanta? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?
Finns det andra muskler eller muskelgrupper som kan dra nytta av att behandlas med botulinumtoxin när man försöker nå målet: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?
Övriga kommentarer

Arbetsterapeut
Arbetsterapeut namn: Arbetsterapeut telefonnr.:
Finns det andra behandlingsmål som du och patienten finner relevanta? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?
Finns det andra muskler eller muskelgrupper som kan dra nytta av att behandlas med botulinumtoxin när man försöker nå målet: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?
Övriga kommentarer

Nästa möte:

Ditt nästa möte på kliniken:

Datum: _____

Tid: _____

Muskelöversikt

Övre extremiteter

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 Interossum
LUM Lumbricalis
PEC Pectoralis major
PT Pronator teres

Nedre extremiteter

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 Gracillis
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

Anteckningar

Institution / klinik:

Adress:

Telefon - och dagar / tid för kontakt: