



FÖRMÅGOR

Kraftkällor (a + b = Kraftkälla)

1a. Greppa med höger hand

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

1b. Dra och/eller trycka ifrån med höger hand/arm

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

2a. Greppa med vänster hand

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

2b. Dra och/eller trycka ifrån med vänster hand/arm

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

3a. Böja i höger ben

☐ Kan aktivt ☐ Kan passivt ☐ Kan ej

3b. Trycka ifrån med höger fot/ben

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

4a. Böja vänster ben

☐ Kan aktivt ☐ Kan passivt ☐ Kan ej

4b. Trycka ifrån med vänster fot/ben

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

Antal kraftkällor: _____ (0-4)

Övriga förmågor

5. Spänna kroppens muskler innan förflyttning

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

6. Dra in hakan

☐ Kan aktivt ☐ Kan ej

7. Vrida huvudet åt vänster

☐ Kan aktivt ☐ Kan passivt ☐ Kan ej

8. Vrida huvudet åt höger

☐ Kan aktivt ☐ Kan passivt ☐ Kan ej

9. Sitta och fälla överkroppen framåt

☐ Kan aktivt ☐ Kan passivt ☐ Kan ej

10. Sitta utan ryggstöd och utan falltendens

☐ Ja, utan hjälpmedel ☐ Ja, med hjälpmedel ☐ Kan ej

11. Stå utan falltendens

☐ Ja, utan hjälpmedel ☐ Ja, med hjälpmedel ☐ Kan ej

Om ja, hur länge? Tid: _____



FYSISK MILJÖ

12a. Finns det kraftkällor?
Om ja: Var?

☐ Ja ☐ Nej

12b. Finns det hjälpmedel för att förankra kraftkällor?

☐ Ja, hjälpmedel som skapar grepp för vårdtagare
☐ Ja, hjälpmedel som skapar friktion
☐ Nej

13a. Finns det kontaktpunkter som bromsar upp förflyttningen?
Om ja: Var?

☐ Ja ☐ Nej

13b. Finns det hjälpmedel för att minska friktion?

☐ Ja ☐ Nej

14. Finns det andra hjälpmedel som kan underlätta förflyttningen?

☐ Ja, hjälpmedel som motverkar tyngdkraft.
☐ Ja, hjälpmedel som skapar grepp för personal.
☐ Nej



UTVÄRDERING / RISKANALYS

15a. Kunde alla befintliga kraftkällor eller förmågor användas på ett bra sätt vid förflyttningen? ☐ Ja ☐ Nej

15b. Kunde vårdtagaren förstå instruktioner i samband med förflyttningen? ☐ Ja ☐ Nej

15c. Fanns motivation och samarbetsvilja hos vårdtagaren i samband med förflyttningen? ☐ Ja ☐ Nej

16. Hade vårdtagaren ont i samband med förflyttningen?
Om ja: Var? ☐ Ja ☐ Nej

17. Hur upplevde du mötet mellan dig och vårdtagaren? ☐ Bra ☐ Medel ☐ Dåligt

18. Finns det förflyttningar/överflyttningar som är svåra att utföra?
Om ja, vilken/vilka? ☐ Ja ☐ Nej

19. Finns det några risker som måste åtgärdas för en säker och skonsam förflyttning? (T ex att du saknar platsutrymme, saknar hjälpmedel, vårdtagaren uppvisar smärta eller obehag vid ev. sår eller annat)

20. Eventuell övrig information:

ALLMÄN INFORMATION

Vilken **vårdtagare**? _____

Vårdtagarens vikt: _____ Vårdtagarens längd: _____

Vem utförde screeningen? (namn, arbetsplats och kontaktuppgifter) _____

Tidpunkt då screening utförts? ☐ Förmiddag 06-12 ☐ Middag 12-16 ☐ Kväll 18-22 ☐ Natt 22-06

I vilken/vilka positioner befann sig vårdtagaren i vid screeningen? ☐ Liggande ☐ Sittande ☐ Stående