



Fragebogen für TherapeutIn/BetreuerIn von Kindern mit Cerebralparese

Liebe/r TherapeutIn/BetreuerIn!

Anbei übersenden wir Ihnen einen Fragebogen mit der Bitte um Beantwortung (soweit als für Sie möglich), um die bevorstehende Neuroorthopädie-Sprechstunde des von Ihnen betreuten Kindes am Ostschweizer Kinderspital St. Gallen bestmöglich vorzubereiten. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Vorfeld der Sprechstunde aus. Wenn ein Thema für das Kind nicht zutrifft, lassen Sie es aus. Der Fragebogen dient als Orientierung im Vorfeld der Sprechstunde, er verlangt keine Vollständigkeit. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich dem Wohl des Kindes.

Zu **Beginn** fragen wir nach **Ihren Zielen und Erwartungen an die Sprechstunde**, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, bereits die wichtigsten Fragen und Sorgen zu thematisieren.

Wir bitten Sie als **TherapeutIn/BetreuerIn** der Schule/Einrichtung uns Auskunft über die aktuelle Orthesen-/Hilfsmittel-Versorgung, passive und aktive Beweglichkeit der Gelenke der oberen und unteren Extremität, Rumpfstabilität/Wirbelsäule sowie die Entwicklung des Muskeltonus und der Selektivität zu geben.

Sofern Sie uns ein Video oder Fotos von Ihrem Kind im Vorfeld zusenden möchten, so besteht die Möglichkeit diese unter dem folgenden Link hochzuladen:

<https://transfer.hcweb.ch/NOR-Sprechstunde>

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an die folgende e-mail Adresse bis **2 Wochen vor** dem geplanten Sprechstundentermin wieder ans Sekretariat Kinderorthopädie zurück an: info.orthopaedie@kispisg.ch.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und freuen uns auf die bevorstehende Sprechstunde am Kinderspital St. Gallen!

Ihr Team der Neuroorthopädie-Sprechstunde
Ostschweizer Kinderspital



Name des Kindes		Geburtsdatum		Datum heute	
------------------------	--	---------------------	--	--------------------	--

E-Mail Adresse: _____ Tel: _____

Kinderorthopäde: _____ Neuropädiater: _____

Welche Ziele und/oder Erwartungen haben Sie an die kommende Neuroorthopädische Sprechstunde:

1. Hilfsmittel (nur ausfüllen, falls das Kind Hilfsmittel hat)

Passen die Hilfsmittel ihres Kindes noch? Ja Nein, welche passen nicht mehr? _____

1.1 Orthesen/Schienen

1.1.1 Untere Extremität

1.1.1.1 Tag:

- Einlagen DAFO (Knöchelhohe Schiene) Unterschenkelorthesen
 mit Gelenk (OSG) mit Kondylenfassung

Tragedauer in Stunden/Tag: 0 1-4 5-8 9-12

Passform: ok zu klein zu gross Druckstellen

Akzeptanz: gut mässig schlecht, warum: _____

1.1.1.2 Nacht:

- Unterschenkelorthesen
 mit Gelenk
 Oberschenkelorthesen
 Abduktionsfeder Abduktionsstab
 mit Caroli-Quengelgelenk (zur Kniestreckung)
 mit Beckenteil
 Lagerungselement Schaumstoff (Rückenlage, Seitenlage)

Tragedauer in Stunden/Nacht: 0 1-4 5-8 9-12

Passform: ok zu klein zu gross Druckstellen, wo: _____

Akzeptanz: gut mässig schlecht, warum: _____

Zuständiger Orthopädietechniker:

- Brunner Orthopädie Orthoteam W. Hägeli AG
 Spiess+Kühne AG Andere: _____



1.2 Obere Extremität

1.2.1 Tag:

Silikon Neopren Daumenabduktionsschiene Andere: _____

Tragedauer in Stunden/Tag: 0 1-4 5-8 9-12

Passform: ok zu klein zu gross Druckstellen, wo: _____

Akzeptanz: gut mässig schlecht, warum: _____

Handfunktion mit Schiene: gut mässig schlecht, warum: _____

1.2.2 Nacht:

Silikon Neopren Orthese Andere

Tragedauer in Stunden/Nacht: 0 1-4 5-8 9-12

Passform: ok zu klein zu gross Druckstellen, wo: _____

Akzeptanz: gut mässig schlecht, warum: _____

Zuständiger Orthopädietechniker:

Brunner Orthopädie Orthoteam W. Hägeli AG
 Spiess+Kühne AG Andere: _____

1.3 Korsett

Doppelschalen-Korsett Cheneau-Korsett

1.3.1 Tag

Tragedauer in Stunden/Tag: 0 1-4 5-8 9-12

1.3.2 Nacht

Tragedauer in Stunden/Nacht: 0 1-4 5-8 9-12

Passform: ok zu klein zu gross Druckstellen, wo: _____

Akzeptanz: gut mässig schlecht, warum: _____

Zuständiger Orthopädietechniker:

Brunner Orthopädie Orthoteam W. Hägeli AG
 Spiess+Kühne AG Andere: _____

1.4 Stehen

steht nie steht mit Hilfsmittel steht ohne Hilfsmittel

Verwendung von Stehgerät: ja nein Eigenes Stehgerät: ja nein

Häufigkeit Tage pro Woche: 1 2 3 4 5 6 7

Dauer in Minuten: 0-30 30-60 >60

1.5. Mobilitätshilfsmittel



Gehhilfsmittel _____ Dreirad _____

1.6. Rollstuhl

ja nein Hand Elektro Individuelle Sitzschale

Passform: ok zu klein zu gross Druckstellen, wo: _____

Zuständiger Orthopädietechniker:

Brunner Orthopädie Gelbart/Orthoteam W. Hägeli AG
 Spiess+Kühne AG Pleger Rehatechnik Andere: _____

1.7. Weitere Hilfsmittel

Therapiestuhl Autorehasitz Badehilfe Toiletten/Duschstuhl höhenverstellbares Bett

Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme: Spez. Becher / Trinkflasche Spez. Besteck/Teller

PEG teilweise vollständig darüber ernährt

Kommunikationshilfsmittel: _____ Brille andere Hilfsmittel: _____

Heimanpassung: _____ Auto angepasst für RS Transport Behindertenvignette

Welche Hilfsmittelanliegen haben Sie, damit die Teilhabe des Kindes verbessert werden kann?

2. PASSIVE Gelenkbeweglichkeit (Neutral-Null-Methode)

	rechts	links
2.1 Untere Extremität		
2.1.1 Hüfte		
Abduktion/Adduktion	___/___/___ °	___/___/___ °
Aussenrotation/Innenrotation (in Hüftextension in Bauchlage)	___/___/___ °	___/___/___ °
Extension/Flexion (in Rückenlage)	___/___/___ °	___/___/___ °
Hüftbeugekontraktur (Gegenseite in voller Hüft-Beugung → fehlende Hüftstreckung)	_____ °	_____ °
2.1.2 Knie		
Flexion/Extension (in Rückenlage)	___/___/___ °	___/___/___ °
Popliteal Winkel (90°Hüfte flektiert)	_____ °	_____ °
Rectus: Ely-Duncan-Test (Bauchlage: Gesäss-Fersenabstand)	_____ cm	_____ cm
2.1.3 Sprunggelenk		
Dorsalflexion (in 90° Knieflexion)	___/___/___ °	___/___/___ °
Dorsalflexion (in Knieextension)	___/___/___ °	___/___/___ °

Besonderheiten:



2.2 Obere Extremität

2.2.1 Ellbogen

Flexion/Extension _/_/_° _/_/_°

2.2.2 Unterarm

Pronation/Supination _/_/_° _/_/_°

2.2.3 Handgelenk

Flexion/Extension _/_/_° _/_/_°

2.2.4 Daumen

Abduktion/Adduktion _/_/_° _/_/_°

2.2.5 Langfinger

Flexion/Extension
(in Neutralstellung Handgelenk) _/_/_° _/_/_°

Besonderheiten: _____

2.3 Rücken/Wirbelsäule:

- Rumpfhypotonie
- Rippenpaket
- Lendenwulst
- Seitneigung nach rechts links

3. Bewegungsqualität

Hier findet sich die Möglichkeit, Informationen zum Bewegungsablauf, Gangbild, Dynamik der Bewegungen zu geben – bitte beschreiben sie diese in eigenen Worten:



4. AKTIVE Gelenkbeweglichkeit / Dynamische Spastizität / Kraft

	Aktiv °		R1 (nach Tardieu) °		Kraft (M1-5)	
4.1 Obere Extremität	R	L	R	L	R	L
4.1.1 Schulter						
<input type="checkbox"/> Abduktion / Adduktion						
<input type="checkbox"/> IR/AR (90° adduziert)						
4.1.2 Ellbogen	R	L	R	L	R	L
<input type="checkbox"/> Flexion/Extension						
4.1.3 Vorderarm						
Supination / Pronation						
	Aktiv °		R1 (nach Tardieu) °		Kraft (M1-5)	
4.1.3 Handgelenk	R	L	R	L	R	L
<input type="checkbox"/> Dorsalextension/ Plantarflexion						
4.1.4 Finger	R	L	R	L	R	L
<input type="checkbox"/> Faustschluss						
<input type="checkbox"/> Fingerextension						
4.2. Untere Extremität						
4.2.1 Hüfte	R	L	R	L	R	L
<input type="checkbox"/> Flexion / Extension						
<input type="checkbox"/> Abd / Add (Hüften ext)						
4.2.2 Knie	R	L	R	L	R	L
<input type="checkbox"/> Flexion / Extension						
<input type="checkbox"/> Pendeltest (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)						
4.2.3 OSG	R	L	R	L	R	L
<input type="checkbox"/> Dorsalextension/ Plantarflexion (in 90° Knieflexion)						
<input type="checkbox"/> Dorsalextension/ Plantarflexion (in Knieextension)						

5. Tonus (Modified Ashworth Scale)

	R	L
Ellbogenflexion/-extension		
Vorderarm Pronation/Supination		
Handgelenkflexion/-extension		
Hüftab/-adduktion		
Hüftflexion/- extension		
Knieflexion/-extension		
OSG Plantarflexion/Dorsalextension		



6. Selektivität

Gekreuzter Streckreflex (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)
(Dorsalflexion Fuss bei Widerstand gegen Beiflexionsmuster)

Confusion Test (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)
(Knieextension mit Widerstand)

Fuss Dorsalextension (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)

R	L

7. Anderes/Fragen/Anmerkungen des/r TherapeutenIn, BetreuerIn

Unterschrift TherapeutIn/BetreuerIn: _____ Ort, Datum: _____

Anhang für Punkt 9 und Punkt 10

Tardieu-Skala		
Dynamisches Bewegungsausmass		Qualität der muskulären Reaktion
	(ROM)	
R2	Langsames passives Bewegungsausmass (ROM) oder Muskellänge	0 = Kein Widerstand im gesamten passiven Bewegungsausmass 1 = Geringer Widerstand im gesamten passiven Bewegungsausmass, kein eindeutiger Anschlag bei einem bestimmten Winkel 2 = Eindeutiger Anschlag bei einem bestimmten Winkel, der die passive Bewegung unterbricht, gefolgt von Nachlassen
R1	Schnelle Bewegungsgeschwindigkeit im gesamten Bewegungsausmass	3 = Erschöpflicher Klonus (<10s bei anhaltendem Druck) bei einem bestimmten Winkel 4 = Unerschöpflicher Klonus (>10s bei anhaltendem Druck) bei einem bestimmten Winkel 5 = Fixiertes Gelenk
Quelle: BOYD RN, GRAHAM, HK: Objective measurements of clinical findings in the use of botulinum toxin type A for the management of children with cerebral palsy. European Journal of Neurology 6(4), 1999		

Modified Ashworth Scale (MAS)	
0	Keine Tonuserhöhung
1	leichte Erhöhung des Muskeltonus
2	leichte Erhöhung des Muskeltonus, feststellbar durch ein Klappmesser Phänomen und eine minimale Widerstandserhöhung in weniger als der Hälfte des Bewegungsumfangs
3	deutliche Erhöhung des Muskeltonus während des ganzen Bewegungsumfangs, die betroffene(n) Extremität(en) kann (können) aber leicht bewegt werden
4	Starke Tonuserhöhung während ganzem Bewegungsumfang der passiven Gelenkbewegung
5	Passive Gelenkbewegung wegen massiver Tonuserhöhung nicht möglich
Quelle: BOHANNON, RW, SMITH, MB: Interrater Reliability of a modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. Physical Therapy 67: 206-207, 1987	