2B. FLEXORSENSKADA, ZON I- II
Funktionsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT KVALITETSREGISTER

Uppföljning: ☐ 3 månader ☐ 12 månader ☐ Annat (ange antal månader) ☐☐

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): * ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐

Undersökningsdatum (ååää-mm-dd): * ☐☐☐☐-☐☐-☐☐
Undersökt hand (som har opererats): ☐ Vänster ☐ Höger
Dominant hand ☐ Vänster ☐ Höger

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (enbart tumme/fingrar som har opererats, extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

	MCP	PIP	DIP (IP)
☐ **I**	___/___		___/___
☐ **II**	___/___	___/___	___/___
☐ **III**	___/___	___/___	___/___
☐ **IV**	___/___	___/___	___/___
☐ **V**	___/___	___/___	___/___

STYRKA (båda händerna, medelvärde av tre mätningar i kg, en decimal)

Grov kraft (Jamar) Höger ___.___ Vänster ___.___

POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader, ett alternativ)

☐ Tidig aktiv kontrollerad mobilisering
☐ Kleinertmobilisering, 4 fingrar
☐ Kombinerad kleinert/active hold
☐ Kleinertmobilisering, 1 finger
☐ Active hold
☐ Kleinertmobilisering som övergår i Active hold
☐ Immobilisering
☐ Annan, specificera:_____

Start av behandling med gips/ortosskydd (antal dagar postoperativt): ___

Avslutades (antal dagar postoperativt): ___

KOMMENTAR (t ex misstanke om senruptur, pulleyinsufficiens, infektion)