

# 3B. EXTENSORSENSKADA

## Funktionsformulär



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

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Undersökt hand (som har opererats):  Vänster  Höger

### STATUS

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

	MCP	PIP	DIP
<input type="checkbox"/> <b>II</b>	____/____	____/____	____/____
<input type="checkbox"/> <b>III</b>	____/____	____/____	____/____
<input type="checkbox"/> <b>IV</b>	____/____	____/____	____/____
<input type="checkbox"/> <b>V</b>	____/____	____/____	____/____

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

Grov kraft (Jamar) Höger . Vänster .

**POSTOPERATIV BEHANDLING** (anges endast vid 3 månader)

Tidig kontrollerad mobilisering:

- Nej  Ja, ange metod:  Dynamisk ortos  Statisk ortos med partiell mobilisering  
 Annan, specificera: \_\_\_\_\_

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

Pågår/pågick under (antal dagar):

### KOMMENTAR