



### Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): \*

Undersökt hand/sida (som ska opereras):  Vänster  Höger

#### STATUS

**AKTIV RÖRLIGHET** (enbart underarm/handled, tumme, finger/fingrar som ska opereras)

**Ulnaprotres och handledsprotres** (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm:

 / 

pronation/supination

Handled:

 /  / 

extension/flexion

ulnardeviation/radialdeviation

**Tumbasprotres** (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

**MCP**

 / 

**IP**

 / 

Radial abduktion CMC I

Palmar abduktion CMC I

Opposition (minsta avstånd tum-lillfingertopp, mm)

**MCP-protres och PIP-protres** (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

**MCP**

**PIP**

**DIP**

**II**  /

/

/

**III**  /

/

/

**IV**  /

/

/

**V**  /

/

/

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

Grov kraft

Höger .

Vänster .

(Jamar, oavsett protres)

Nyckelgrepp

Höger .

Vänster .

(enbart vid tumbasprotres, Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

#### KOMMENTAR



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

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn):

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

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): \*

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

Undersökt hand/sida (som har opererats):  Vänster  Höger

### STATUS

**AKTIV RÖRLIGHET** (enbart underarm/handled, tumme, finger/fingrar som har opererats)

**Ulnaprotres och handledsprotres** (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm:

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

 / 
 

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

pronation/supination

Handled:

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

 / 
 

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

 / 
 

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

 / 
 

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

extension/flexion

ulnardeviation/radialdeviation

**Tumbasprotres** (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

**MCP**

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

 / 
 

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

**IP**

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

 / 
 

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

Radial abduktion CMC I 

--	--	--	--

Palmar abduktion CMC I 

--	--	--	--

Opposition (minsta avstånd tum-lillfingertopp, mm) 

--	--	--	--

**MCP-protres och PIP-protres** (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

**MCP**

**PIP**

**DIP**

**II**

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

 / 

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

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

 / 

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

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

 / 

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

**III**

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

 / 

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

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

 / 

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

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

 / 

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

**IV**

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

 / 

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

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

 / 

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

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

 / 

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

**V**

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

 / 

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

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

 / 

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

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

 / 

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

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

Grov kraft Höger 

--	--	--	--	--

Vänster 

--	--	--	--	--

Nyckelgrepp Höger 

--	--	--	--	--

Vänster 

--	--	--	--	--

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

Statisk ortos:  Nej  Ja

Kombinerad dynamisk och statisk ortos:  Nej  Ja

Dynamisk ortos:  Nej  Ja

Annan:  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_



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

Avslutades (antal dagar postoperativt):

### POSTOPERATIV RÖNTGENUNDERSÖKNING (fylls i av läkare)

Röntgenundersökningsdatum (åååå-mm-dd)     -   -

Subluxation i leden  Nej  Ja

	<b>Proximal</b>	<b>Distal komponent</b>
Resorption kring protesstam	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säker	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säker
Förändrat protesläge	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säkert	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säkert

Andra röntgenfynd, specificera: \_\_\_\_\_

### KOMMENTAR