



Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Undersökt hand (som ska opereras): Vänster Höger

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (hand som ska opereras, vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm:

____|____|____|____| / ____|____|____|____|
pronation/supination

Handled:

____|____|____|____| / ____|____|____|____| / ____|____|____|____| / ____|____|____|____|
extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation

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

Grov kraft Höger ____|____|.____| Vänster ____|____|.____|
(Jamar)

Nyckelgrepp Höger ____|____|.____| Vänster ____|____|.____|
(Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

KOMMENTAR

7B. SCAPHOIDEUMKIRURGI

Funktionsformulär



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

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Undersökt hand (som har opererats): Höger Vänster

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (hand som har opererats, vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm:

pronation/supination

Handled:

extension/flexion

ulnardeviation/radialdeviation

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

Grov kraft
(Jamar)

Höger .

Vänster .

Nyckelgrepp

Höger .

Vänster .

(Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader)

Mobiliseringsstart (antal dagar postoperativt):

POSTOPERATIV RÖNTGENUNDERSÖKNING (fylls i av läkare)

Konventionell röntgen

ej utförd

utförd, ange undersökningsdatum (åååå-mm-dd)

Resultat: ej läkt läkt kan ej bedömas

CT röntgen

ej utförd

utförd, ange röntgenundersökningsdatum (åååå-mm-dd)

Resultat: ej läkt läkt kan ej bedömas

SL vinkel (grader)

Sekundär artros Nej Ja

KOMMENTAR