8B. INTERCARPAL ARTRODES
Funktionsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT KVALITETSREGISTER

Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Undersökningsdatum (ååää-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, oavsett protes)

Nyckelgrepp Höger ___.__ Vänster ___.__
(Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

KOMMENTAR

8B. INTERCARPAL ARTRODES
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): ☐ 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 Höger ___.__ Vänster ___.__
(Jamar, oavsett protes)

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)

☐ ej utförd
☐ utförd, ange undersökningsdatum (ååää-mm-dd) ☐☐☐☐-☐☐-☐☐

Artrodesen: ☐ ej läkt ☐ läkt ☐ kan ej bedömas

KOMMENTAR