9B. RADIUSFRAKTUR
Funktionsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT KVALITETSREGISTER

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

Patientens personnummer (åååmmdd-nnnn): * ☐☐☐☐☐☐☐☐—☐☐☐☐

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): * ☐☐☐☐-☐☐-☐☐
Undersökt hand/sida (som har opererats): ☐ Vänster ☐ Höger

STATUS

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

Underarm: ___/___ (pronation/supination)

Handled: ___/___/___/___ (extension/flexion; ulnardeviation/radialdeviation)

Knytdiastas till distala böjvecket (mm)

II	III	IV	V
___	___	___	___

Extensionsdefekt PIP leder (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

II	III	IV	V
___	___	___	___

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

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

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

POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader)

Mobiliseringsstart (antal dagar postoperativt): ___

Fortsatt ortosskydd efter mobiliseringsstart: ☐ Nej ☐ Ja

RÖNTGEN (fylls i av läkare)

Röntgenundersökningsdatum (åååå-mm-dd) ☐☐☐☐-☐☐-☐☐

Pseudartros: ☐ Nej ☐ Ja

Radial inklination (grader) ___ Ulna plus (mm) ___

Radiusledytans vinkel i lateralplan ___
(grader; avvikelse från rät vinkel mot längs axel; volart = plus, neutral = 0, dorsalt =minus)

Ledyteinkongruens: ☐ Nej ☐ Ja, ange mm ___
Artros radiokarpalled: ☐ Nej ☐ Ja
Artros DRU led: ☐ Nej ☐ Ja

KOMMENTAR