

Fylls i av personal

3 månader  12 månader  Annat (ange antal månader)

HAKIR  
HANDKIRURGISKT  
KVALITETSREGISTER



Personnummer (ååååmmdd-nnnn):

## PATIENTENKÄT (arm/hand)

Namn (text):

Postnummer (t ex 123 45):

Gatuadress:

Ort:

Datum för ifyllande av enkät (åååå-mm-dd)

Jag är (ange den hand du skriver med):  Vänsterhänt  Högerhänt  Tvåhänt

Arm/hand som har opererats:  Vänster  Höger

Enkäten gäller de besvär du har haft **den senaste veckan**, i den **arm/hand** som har opererats. Kryssa för det svarsalternativ som stämmer bäst överens med dina ev. besvär.

### 1. Smärta vid belastning

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 2. Smärta vid rörelser utan belastning

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 3. Vilovärk

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 4. Stelhet

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 5. Svaghet

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 6. Domningar/stickningar i fingrarna ("sockerdrickskänsla")

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 7. Köldkänslighet (obehag/besvär när du utsätts för kyla)

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 8. Förmåga att utföra dagliga aktiviteter

Inga problem  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Värsta tänkbara problem

### 9. Hur upplever Du resultatet av operationen?

 Helt nöjd  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Helt missnöjd 

### 10. Hur upplever Du bemötandet på kliniken under behandlingstiden?

 Helt nöjd  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  Helt missnöjd 

