# 2B. FLEXORSENSKADA, ZON I - II
## 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): ☐ Vänster ☐ Höger
Dominant hand ☐ Vänster ☐ Höger

## STATUS

### AKTIV RÖRLIGHET (enbart tumme/fingrar som har opererats, extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

| | MCP | PIP | DIP (IP) |
|---|---|---|---|
| ☐ I | ___/___ | | ___/___ |
| ☐ II | ___/___ | ___/___ | ___/___ |
| ☐ III | ___/___ | ___/___ | ___/___ |
| ☐ IV | ___/___ | ___/___ | ___/___ |
| ☐ V | ___/___ | ___/___ | ___/___ |

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

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

## POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader, ett alternativ)

☐ Tidig aktiv kontrollerad mobilisering
☐ Kleinertmobilisering, 4 fingrar
☐ Kombinerad Kleinert/active hold
☐ Kleinertmobilisering, 1 finger
☐ Active hold
☐ Kleinertmobilisering som övergår i Active hold
☐ Immobilisering
☐ Annan, specificera:_____

Start av behandling med gips/ortosskydd (antal dagar postoperativt): ___
Avslutades (antal dagar postoperativt): ___

## SENRUPTUR

☐ Ja (Bör ha säkerställts vid operation eller med ultraljudsundersökning)

Inträffade (datum) ☐☐☐☐-☐☐-☐☐ ☐ Oklart när

Vilken sena har gått av (fritext)

Orsak (flera alternativ kan väljas):

| | | |
|---|---|---|
| Patienten har inte följt instruktionerna | ☐ Nej | ☐ Ja |
| Instruktioner har varit bristfälliga | ☐ Nej | ☐ Ja |
| Olycka | ☐ Nej | ☐ Ja |
| Sårinfektion | ☐ Nej | ☐ Ja |
| Oklar orsak | ☐ Nej | ☐ Ja |

Andra kommentarer (fritext)_____