

Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

□	□	□	□	□	□	□	□	—	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

□	□	□	□	—	□	□	—	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Undersökt hand/sida (som ska opereras): Vänster Höger

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (hand/sida 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
(Jamar)

Höger

□	□	□	.	□	□
---	---	---	---	---	---

Vänster

□	□	□	.	□	□
---	---	---	---	---	---

INSTABILITET

Klinisk instabilitet i DRU-leden: Nej Ja Tveksam
(= mer rörlig än på kontralaterala sidan)

KOMMENTAR

10B. TFCC-REPARATION

Funktionsformulär



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

Patientens personnummer (12 siffror): *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

Grov kraft Höger

--	--	--	--

 Vänster

--	--	--	--

(Jamar)

INSTABILITET

Klinisk instabilitet i DRU-leden: Nej Ja Tveksam
(= mer rörlig än på kontralaterala sidan)

POSTOPERATIV BEHANDLING

 (anges endast vid 3 månader)

Mobiliseringsstart (antal dagar postoperativt):

--	--	--

Låst underarmsrotation (antal dagar):

--	--	--

Fortsatt ortosskydd efter mobiliseringsstart: Nej Ja

KOMMENTAR