1B. DUPUYTREN
Funktionsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT KVALITETSREGISTER

Preoperativ undersökning

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

Undersökningsdatum (ååää-mm-dd): * ☐☐☐☐-☐☐-☐☐

Undersökt hand (som ska opereras): ☐ Vänster ☐ Höger

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (enbart tumme/fingrar som ska opereras)

Tumme (extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

MCP	IP
___/___	___/___

Radial abduktion CMC I ___ Palmar abduktion CMC I ___

Fingrar (extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

	MCP	PIP	DIP
☐ **II**	___/___	___/___	___/___
☐ **III**	___/___	___/___	___/___
☐ **IV**	___/___	___/___	___/___
☐ **V**	___/___	___/___	___/___

SENSORIK (enbart tumme/fingrar som ska opereras, SW monofilament, resultat 0-5)

	Topp dig I	Topp dig II	Topp dig III	Topp dig IV	Topp dig V
Radiellt	___	___	___	___	___
Ulnart	___	___	___	___	___

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

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

KOMMENTAR

1B. DUPUYTREN
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

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (enbart tumme/fingrar som har opererats)

Tumme (extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

MCP	IP
___/___	___/___

Radial abduktion CMC I ___ Palmar abduktion CMC I ___

Fingrar (extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

	MCP	PIP	DIP
☐ **II**	___/___	___/___	___/___
☐ **III**	___/___	___/___	___/___
☐ **IV**	___/___	___/___	___/___
☐ **V**	___/___	___/___	___/___

SENSORIK (enbart tumme/fingrar som har opererats, SW monofilament, resultat 0-5)

Har känseln i opererat finger/fingrar förändrats efter senaste operationen/injektionen? ☐ Nej ☐ Ja

	Topp dig I	Topp dig II	Topp dig III	Topp dig IV	Topp dig V
Radiellt	___	___	___	___	___
Ulnart	___	___	___	___	___

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

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

POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader, välj den/de alt. som huvudsakligen har använts)

Statisk ortos ☐ Nej ☐ Ja Extensionshandske ☐ Nej ☐ Ja

Dynamisk ortos ☐ Nej ☐ Ja Annat ☐ Nej ☐ Ja, specificera:_____

Mobiliseringsstart (antal dagar postoperativt) ___

KOMMENTAR