

Plexusskada Traumatisk

A Grunddata



Personnummer/Reservnummer:

Namn _____

Skadedatum - -

Bedömningsdatum - -

Tid från skada vid bedömning (Dagar)

Allmänna uppgifter

Skadad sida: Höger Vänster Bilateralt

Dominant hand: Höger Vänster Ambidextri

Tidigare nedsatt funktion i armen Nej Ja, specificera _____
 Oklart

Skada

Skademekanism*

- Lågenergi
 Högenergi
 Annan; _____

Lågenergi: fall i samma plan.
Högenergi: innefattar fall från höjd samt fordonsolycka.

Associerade skador Nej Ja, specificera _____

Nervskada:

Ryggmärgspåverkan Nej Ja

Supraklavikulär påverkan Nej Ja

Funktionsbortfall

	Komplett	Inkomplett	Inget	Oklart
Paraskapulär muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. accessorius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsätter på nästa sida

Plexusskada Traumatisk

A Grunddata



Infraklavikulär påverkan Nej Ja

Funktionsbortfall

	Komplett	Inkomplett	Inget	Oklart
N. suprascapularis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. axillaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. radialis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. musculocutaneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. medianus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. ulnaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tinel tecken Nej Ja

Supraklavikulärt Nej Ja

Infraklavikulärt Nej Ja

Horners syndrom Nej Ja

Preoperativ utredning

MRT Nej Ja

Neurofysiologi Nej Ja

Annan Nej Ja, specificera _____