



Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

 —

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

 — —

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

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (enbart underarm/handled, tumme, finger/fingrar som ska opereras)

Ulnaprotres och handledsprotres (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm:

 | | | / | | | |

pronation/supination

Handled:

 | | | / | | | | / | | | |

extension/flexion

ulnardeviation/radialdeviation

Tumbasprotres (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

MCP

 | | | / | | | |

IP

 | | | / | | | |

Radial abduktion CMC I | | |

Palmar abduktion CMC I | | |

Opposition (minsta avstånd tum-lillfingertopp, mm) | | |

MCP-protres och PIP-protres (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

MCP

PIP

DIP

II | | | / | | | |

| | | / | | | |

| | | / | | | |

III | | | / | | | |

| | | / | | | |

| | | / | | | |

IV | | | / | | | |

| | | / | | | |

| | | / | | | |

V | | | / | | | |

| | | / | | | |

| | | / | | | |

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

Grov kraft

Höger | | .

Vänster | | .

(Jamar, oavsett protres)

Nyckelgrepp

Höger | | .

Vänster | | .

(enbart vid tumbasprotres, Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

KOMMENTAR

6B. PROTESKIRURGI

Funktionsformulär



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

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn):

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Undersökt hand/sida (som har opererats): Vänster Höger

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET (enbart underarm/handled, tumme, finger/fingrar som har opererats)

Ulnaprotres och handledsprotres (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm:

____|____|____|____| / ____|____|____|____|
pronation/supination

Handled:

____|____|____|____| / ____|____|____|____| / ____|____|____|____| / ____|____|____|____|
extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation

Tumbasprotres (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

MCP

____|____|____|____| / ____|____|____|____|

IP

____|____|____|____| / ____|____|____|____|

Radial abduktion CMC I ____|____|

Palmar abduktion CMC I ____|____|

Opposition (minsta avstånd tum-lillfingertopp, mm) ____|____|

MCP-protres och PIP-protres (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

MCP

PIP

DIP

II ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____|

III ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____|

IV ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____|

V ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____| ____|____|____|____| / ____|____|____|____|

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

Grov kraft Höger ____|____|.____| Vänster ____|____|.____|
(Jamar, oavsett protres)

Nyckelgrepp Höger ____|____|.____| Vänster ____|____|.____|
(enbart vid tumbasprotres, Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader)

Statisk ortos: Nej Ja Kombinerad dynamisk och statisk ortos: Nej Ja
Dynamisk ortos: Nej Ja Annan: Nej Ja, specificera _____

Start av behandling med gips/ortoskydd (antal dagar postoperativt): ____|____|

Avslutades (antal dagar postoperativt): ____|____|