

12. Medfödda avvikelser

Diagnosformulär



* Obligatoriska fält

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

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

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

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

Ansvarig handkirurg (texta efternamn)

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

Adopterad? *

Nej Ja Vet ej

Graviditetskomplikation? *

Nej Ja Vet ej

Om ja, specificera:

Diabetes	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Flerbörd	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Läkemedel	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Preeklampsi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Prematuritet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Annat	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Specificera komplikation (fritext) _____

Födelsevecka

--	--

Födelselängd (cm)

--	--

Födelsevikt (g)

--	--	--	--

Medfödda avvikelser i familjen? *

Nej Ja Vet ej

Om ja, specificera:

Extremitetsavvikelse	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Inre organ (t ex hjärta, njurar, hjärna)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Blodsjukdomar	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Kraniofaciala avvikelser	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Annat	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Specificera avvikelse (fritext) _____

Släktskap mellan föräldrar? *

Nej Ja Vet ej

Om ja, specificera (fritext) _____

Har barnet medfödda avvikelser i fot, ben eller rygg? *

Nej Ja Vet ej

Om ja, specificera:

Tår (poly-/syndaktyli)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Fötter (t ex PEVA-fot)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Rygg	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Skulderblad (t ex Sprengel)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Annat	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Specificera avvikelse (fritext) _____

Har barnet medfödda avvikelser i inre organ eller kraniofacialt? *

Nej Ja Vet ej

Om ja, specificera:

Esofagusatresi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Analatresi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Annan GI-avvikelse	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Hjärtmissbildning (t ex VSD, ASD)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Anemi (t ex Fanconi)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Uro-genitalorgan	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Kraniofacialt (t ex Apert, Crouzon)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Läpp-käk-gomspalt (LKG)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Annat	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Specificera avvikelse (fritext) _____

12. Medfödda avvikelser

Diagnosformulär

* Obligatoriska fält

Affekterad hand/arm * Vänster Höger Bilateralt

Huvuddiagnos (ICD-10) * **Diagnoskod 2 (ICD-10)** **Diagnoskod 3 (ICD-10)**

Vänster Vänster Vänster
Höger Höger Höger

Beskrivning (fritext) _____

Huvuddiagnoser enligt OMT-klassifikation

Vänster Vänster Vänster
Höger Höger Höger

Syndrom? * Nej Misstänkt Ja, bekräftat

Specificera (fritext) _____

Oklar diagnos? (fritext) _____

Röntgenbilder finns? * Nej Ja Vet ej

Om ja, ange datum - -

Foton finns? * Nej Ja Vet ej

Om ja, ange datum - -

Förväntad behandlingsplan? *

Operation	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Ortos	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Avvakta	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Ej beslutat	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat alternativ (fritext) _____