

# 14. PLEXUSSKADA TRAUMATISK

## Grunddata



Personnummer/Reservnummer:

Skadedatum

Bedömningsdatum

(Tid från skada vid bedömning räknas ut i 3C)

### Allmänna uppgifter

Skadad sida:  Höger  Vänster  Bilateralt

Bedömd sida  Höger  Vänster

Om bilateral skada beskriv ej bedömd sida i text \_\_\_\_\_

Dominant hand:  Höger  Vänster  Ambidextri  Ej känt

Tidigare nedsatt funktion i armen:  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_  
 Ej känt

### Skada

Skademekanism\*

- Lågenergi  
 Högenergi  
 Penetrerande våld (Skott, kniv etc)  
 Annan; \_\_\_\_\_

Associerade skador  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_

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

**Nervskada: \***

**Ryggmärgspåverkan**  Nej  Ja

**Supraklavikulär påverkan**  Nej  Ja

# 14. PLEXUSSKADA TRAUMATISK

## Grunddata



Funktionsbortfall (Om ja måste alla variabler nedan fyllas i)

	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"/>

Infraklavikulär påverkan\*  Nej  Ja

Funktionsbortfall (Om ja måste alla variabler nedan fyllas i)

	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*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt	
Supraklavikulärt*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Infraklavikulärt*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Horners syndrom*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt	

### Utredning

MRT*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Neurofysiologi*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Annan*	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, specificera _____