



Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Skadedatum (åååå-mm-dd):

Vet ej

Hand som ska opereras: * Höger Vänster

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET Båda händerna (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

HÖGER

Underarm:

—|_|_|_| / —|_|_|_|
pronation/supination

Handled:

—|_|_|_| / —|_|_|_| / —|_|_|_| / —|_|_|_|
extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation

VÄNSTER

Underarm:

—|_|_|_| / —|_|_|_|
pronation/supination

Handled:

—|_|_|_| / —|_|_|_| / —|_|_|_| / —|_|_|_|
extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation

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

Grov kraft Höger . Vänster .
(Dynamometer Jamar STD)

Nyckelgrepp Höger . Vänster .
(Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

PRWE poäng (max 100, avrunda till närmaste heltal)

7B. SKAFOIDEUMKIRURGI

Funktionsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



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

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Opererad sida, operationsdatum, samt operatörernas initialer hämtas automatiskt från "002 Grundformulär operation" vid inmatning i 3C. OBS! Om utökad operationsformulär saknas, påminn operatör.

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Skadedatum (åååå-mm-dd): Vet ej

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

STATUS

AKTIV RÖRLIGHET Båda händerna (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

HÖGER

Underarm: /
pronation/supination

Handled: / / /
extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation

VÄNSTER

Underarm: /
pronation/supination

Handled: / / /
extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation

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

Grov kraft Höger Vänster
(Dynamometer Jamar STD)

Nyckelgrepp Höger Vänster
(Pinch gauge, tumtopp mot sidan av mellanfalang pekfinger)

PRWE poäng (max 100 avrunda till närmaste heltal)

POSTOPERATIV IMMOBILISERING: (veckor)

Den postoperativa behandlingen/rehabiliteringen har skett på opererande enhet: Ja Nej Delvis

Om Nej/Delvis ange annan delaktig enhet : _____



RÖNTGENOLOGISK LÄKNING (fylls i av läkare)

Röntgenologiskt läkt (åååå-mm-dd) - -

Helt läkt Delvis läkt Ej röntgenologiskt läkt

Konventionell röntgen Datortomografi

DISI: Nej Ja

Skafolunär vinkel (grader):

Sekundär artros Nej Ja