

12. MEDFÖDDA AVVIKELSER

Diagnosformulär



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

* Obligatoriska fält

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Ansvarig handkirurg (Initialer)

Adopterad? *

Nej

Ja

Vet ej

Graviditetskomplikation? *

Nej

Ja

Vet ej

Om ja, specificera:

Diabetes

Nej

Ja

Vet ej

Flerbörd

Nej

Ja

Vet ej

Läkemedel

Nej

Ja

Vet ej

Preeklampsi

Nej

Ja

Vet ej

Prematuritet

Nej

Ja

Vet ej

Annat

Nej

Ja

Vet ej

Specificera komplikation (fritext)

Födelsevecka

Födelse längd (cm)

Födelse vikt (g)

Medfödda avvikelser i familjen? *

Nej

Ja

Vet ej

Om ja, specificera:

Extremitetsavvikelse

Nej

Ja

Vet ej

Inre organ (t ex hjärta, njurar, hjärna)

Nej

Ja

Vet ej

Blodsjukdomar

Nej

Ja

Vet ej

Kraniofaciala avvikelser

Nej

Ja

Vet ej

Annat

Nej

Ja

Vet ej

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

Ja

Vet ej

Fötter (t ex PEVA-fot)

Nej

Ja

Vet ej

Rygg

Nej

Ja

Vet ej

Skulderblad (t ex Sprengel)

Nej

Ja

Vet ej

Annat

Nej

Ja

Vet ej

Specificera avvikelse (fritext)

Har barnet medfödda avvikelser
i inre organ eller kraniofacialt? *

Nej

Ja

Vet ej

Om ja, specificera:

Esofagusatresi

Nej

Ja

Vet ej

Analatresi

Nej

Ja

Vet ej

Annan GI-avvikelse

Nej

Ja

Vet ej

Hjärtmissbildning (t ex VSD, ASD)

Nej

Ja

Vet ej

Anemi (t ex Fanconi)

Nej

Ja

Vet ej

Uro-genitalorgan

Nej

Ja

Vet ej

Kraniofacialt (t ex Apert, Crouzon)

Nej

Ja

Vet ej

Läpp-käk-gomspalt (LKG)

Nej

Ja

Vet ej

Annat

Nej

Ja

Vet ej

Specificera avvikelse (fritext)

12. MEDFÖDDA AVVIKELSER

Diagnosformulär

* Obligatoriska fält

Affekterad hand/arm *	Vänster <input type="checkbox"/>	Höger <input type="checkbox"/>	Bilateralt <input type="checkbox"/>															
Huvuddiagnos (ICD-10) *	Diagnoskod 2 (ICD-10)	Diagnoskod 3 (ICD-10)																
Vänster <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Vänster <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Vänster <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Höger <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Höger <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Höger <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Beskrivning * (fritext) _____																		
Huvuddiagnoser enligt OMT-klassifikation																		
Vänster <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Vänster <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Vänster <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Höger <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Höger <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Höger <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
Syndrom? *	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja, bekräftat <input type="checkbox"/>	Oklart <input type="checkbox"/>														
Specificera (fritext) _____ (Om ja ange diagnoskod ovan)																		
Oklar diagnos? (fritext) _____																		

Röntgenbilder finns? *	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Planeras <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Foton finns i journal? *	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Planeras <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Behandlingsplan? *				
Operation:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>	
Genomförd klipsning/avsnörning av ulnart extrafinger:				
	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) _____				
