

13b2 Plexusskada födelserelaterad

Funktionsformulär sekundärkirurgi

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Opererad sida, operationsdatum, samt operatörernas initialer hämtas från "002 Grundformulär operation" vid inmatning i 3C. Om utökad operationsformulär saknas, påminn operatör. (funktionsformuläret kan ändå sparas)

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

Uppföljning: Preoperativ undersökning 1 år postoperativ Annat (ange antal månader) _____

Skadad/opererad arm/sida: * Vänster Höger (om bilateral skada registrera 2 formulär)

Dominant hand: Vänster Höger Ambidextri Ej känt

OPERATION AV:

- Axel
- Armbåge
- Underarm

RÖRLIGHET (För statustagande se manual för mätning av ledrlörlighet med goniometer på patienter med födelserelaterad plexus brachialisskada) (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Axel	aktiv	flexion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	passiv	flexion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	aktiv	extension	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	passiv	extension	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	aktiv	abduktion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(ok abducera i scapulaplan 30 grader)
	passiv	abduktion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	aktiv	adduktion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))
	passiv	adduktion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	aktiv	utåttrotation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(max 20 grader abduktion)
	passiv	utåttrotation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(full adduktion)
	aktiv	utåttrotation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(i 90 grader abduktion)
	passiv	utåttrotation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(i 90 grader abduktion)
aktiv	inåttrotation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
passiv	inåttrotation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Armbåge	aktiv	extension	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	passiv	extension	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(vid hyperextension ange gradtal i minus (-))
	aktiv	flexion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
passiv	flexion	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Underarm	aktiv	pronation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Passiv	pronation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	aktiv	supination	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	passiv	supination	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

13b2 Plexusskada födelserelaterad

Funktionsformulär sekundärkirurgi

AKTIV FUNKTIONELL RÖRLIGHET

MALLET (0 = medverkar ej)

Abduktion	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Utåttrotation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Hand till nacke	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Hand till rygg	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Hand till mun	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Hand till mage	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

SJÄLVSKATTNING

BPOM (Från 7 år, VAS-skala)

Armfunktion

Min arm fungerar. (0-100 mm) (väldigt dåligt - mycket bra)

Handfunktion

Min hand fungerar. (0-100 mm) (väldigt dåligt - mycket bra)

Utseende

Min hand och arms utseende är. (0-100 mm) (väldigt dåligt - mycket bra)

SMÄRTPROBLEM

Faces pain scale (4-10 år) (Se manual, Smärtskala med ansikten – Reviderad (FPS-R))

Ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan enligt frågorna nedan:

Lägsta smärta senaste dygnet (NRS från 10 år)

Värsta smärta det senaste dygnet (NRS från 10 år)

Smärta just nu (NRS från 10 år)

REHABILITERANDE ENHET

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

Om Nej/Delvis ange län: _____ och om möjligt enhet : _____