



## 6B. PROTESKIRURGI

### Funktionsformulär

## Preoperativ undersökning

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	—	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): \*

□	□	□	□	□	—	□	□	—	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Undersökt hand/sida (som ska opereras): \*  Vänster  Höger

**OBS! Proteskirurgi CMC-1 registreras i formulär 05b Tumbasartros - funktion**

### STATUS

**AKTIV RÖRLIGHET** (enbart underarm/handled, tumme, finger/fingrar som ska opereras)

**DRU-ledsprotres och handledsprotres** (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm: 

□□□□	/	□□□□	Handled:	□□□□	/	□□□□	/	□□□□	/	□□□□
		extension/flexion	pronation/supination			ulnardeviation/radialdeviation				

**MCP-ledsprotres och PIP-ledsprotres** (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

	MCP	PIP	DIP
<input type="checkbox"/> <b>II</b>	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□
<input type="checkbox"/> <b>III</b>	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□
<input type="checkbox"/> <b>IV</b>	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□
<input type="checkbox"/> <b>V</b>	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□	□□□□ / □□□□

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

Grov kraft Höger □□□.□□ Vänster □□□.□□

(Dynamometer Jamar STD, oavsett protres)

**PRWE** poäng (max 100, avrunda till närmaste heltal) □□□□ (endast vid DRU- och handledsprotres)

### KOMMENTAR



## 6B. PROTESKIRURGI

### Funktionsformulär

 

**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 utökat operationsformulär saknas, påminn operatör.**

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): \*

         

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

Operationsdatum (åååå-mm-dd): \*

         

## STATUS

**AKTIV RÖRLIGHET** (enbart underarm/handled, tumme, finger/fingrar som har opererats)

**Ulnaprotres och handledsprotres** (vid avsaknad av rörelse, ange gradtalet i minus (-))

Underarm: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Handled: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 extension/flexion ulnardeviation/radialdeviation pronation/supination

**MCP-protres och PIP-protres** (rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

	MCP	PIP	DIP
<input type="checkbox"/> <b>II</b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
<input type="checkbox"/> <b>III</b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
<input type="checkbox"/> <b>IV</b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
<input type="checkbox"/> <b>V</b>	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

**STYRKA** (båda händerna, medelvärde av tre mätningar i kg och med en decimal)

Grov kraft Höger \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Vänster \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 (Dynamometer Jamar STD, oavsett protres)

## PRWE

poäng (max 100, avrunda till närmaste heltal) \_\_\_\_\_ (endast vid DRU- och handledsprotres)



## 6B. PROTESKIRURGI

### Funktionsformulär

#### POSTOPERATIV BEHANDLING (anges endast vid 3 månader)

Statisk ortos:  Nej  Ja

Kombinerad dynamisk och statisk ortos:  Nej  Ja

Dynamisk ortos:  Nej  Ja

Annan:  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_

Start av behandling med gips/ortoskydd (antal dagar postoperativt):

Avslutades (antal dagar postoperativt):

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

Om Nej/Delvis ange annan delaktig enhet : \_\_\_\_\_