

2B. FLEXORSENSKADA, ZON I - II

Funktionsformulär

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

--	--

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

								-				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Undersökningsdatum (åååå-mm-dd): *

--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

□ □ □ □ - □ □ - □ □

Operationssdatum (åååå-mm-dd): *

Dominant hand : ☐ Vänster ☐ Höger ☐ Ambidextri

STATUS Tumme

I ☐

AKTIV RÖRLIGHET TUMME (extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

Höger:

MCP

IP

Vänster:

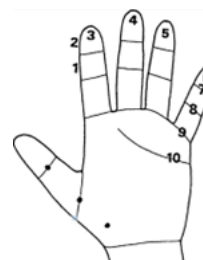
MCP

IP

[illegible]

OPPOSITION

Ange den sista punkt (1-10) tummens topp når vid opposition



KAPANDJI SCORE

Position (1-10)

Höger:

Vänster:

STYRKA TUMME OBS! Mäts endast styrka om full belastning tillåts

Grov kraft Höger . Vänster .

(Dynamometer Jamar STD) (båda händerna, medelvärde av tre mätningar i kg, en decimal)

Trepunktspinch Höger | | | .| | Vänster | | | .| | |

(Pinch gauge, tum mot pek- och långfingertopp, medelvärde av tre mätningar i kg, en decimal)

Nyckelgrepp Höger|_|_|.|_| Vänster |_|_|_|.|_|

(Pinch gauge, tum mot pekfingerets mellanfalang, medelvärde av tre mätningar i kg, en decimal)



STATUS Fingrar

AKTIV RÖRLIGHET (dig II-IV endast fingrar som har opererats, extension/flexion; rak led = 0 grader, hyperextension anges med minus)

☐ II	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
☐ III	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
☐ IV	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
☐ V	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

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

Grov kraft Höger _____.____ Vänster _____._____ *OBS! Mäts endast styrka om full belastning tillåts*
(Dynamometer, Jamar STD)

POSTOPERATIV REGIM/BEHANDLING (anges endast vid 3 månader, ett alternativ)

- | | |
|---|---|
| ☐ Tidig aktiv kontrollerad mobilisering | ☐ Active hold |
| ☐ Kleinertmobilisering, 4 fingrar | ☐ Kleinertmobilisering som övergår i Active hold |
| ☐ Kleinertmobilisering, 1 finger | ☐ Kombinerad Kleinert/active hold |
| ☐ Annan regim/mobilisering, specificera: _____ | |
| ☐ Immobilisering såsom gips | |

Notera nedan antal dagar postoperativt som regimen ovan startades respektive avslutades

Start av regim/mobilisering: ____ Avslutades: ____
(=antal dagar med ortos/gipsskydd fram till fri obelastad rörlighet tillåts)

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

Om Nej/Delvis ange annan delaktig enhet : _____

Antal rehabbesök, (Noteras vid 12 månaderskontrollen, gäller endast FPL RRCT, endast ett besök/dag oavsett om pt träffar flera yrkeskategorier)

Tidsspänn from-tom _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Antal besök ____

Kommentarer, fritext) _____



SENRUPTUR obligatorisk vid 3 och 12 månaders kontrollen för FPL RRCT

* ☐ Nej ☐ Ja, kliniskt diagnostiserad men ej opererad ☐ Ja, reopererad ☐ Vet ej

Inträffade (datum) ☐ Oklart när

Vilken sena har gått av (fritext) _____

Misstänkt orsak (flera alternativ kan väljas):

Patienten har inte följt instruktionerna	☐ Nej	☐ Ja
Instruktioner har varit bristfälliga	☐ Nej	☐ Ja
Olycka	☐ Nej	☐ Ja
Sårinfektion	☐ Nej	☐ Ja
Oklar orsak	☐ Nej	☐ Ja

Annat: