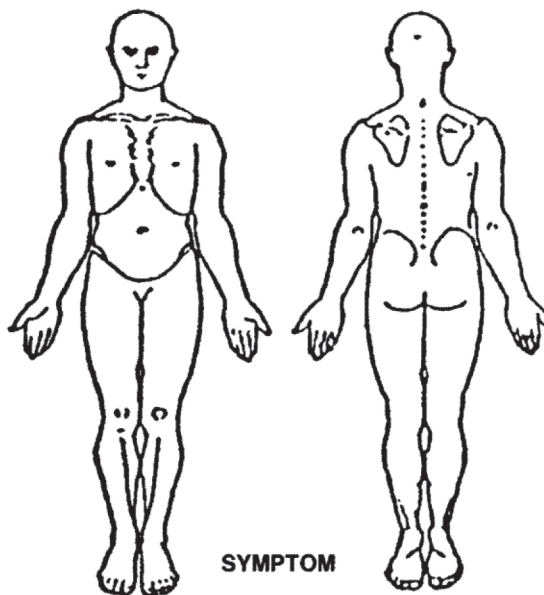




Extremitetsstatus Övre

Datum _____
Namn _____
Adress _____
Telefon _____
Personnr _____
Remittent _____
Arbete (belastning) _____
Fritid (belastning) _____
Funktionsnedsättning denna episod _____
Funktionspoäng = _____
NRS (0-10) = _____



ANAMNES

Högerhänt / Vänsterhänt

Aktuella symptom _____
Haft symptom sedan _____ Under förbättring / Oförändrat / Under försämring
Utlösande orsak _____ Ingen uppenbar utlösande faktor
Symptom vid debut _____ Parestesier: Ja / Nej
Ryggbesvär _____ Symtomprov av hosta / nysa
Konstanta symptom _____ Intermittenta symptom _____

Sämre av: böja sitta vrida huvud påklädning sträcka sig efter greppa
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida H / V
Övrigt _____

Bättre av: böja sitta vrida huvud påklädning sträcka sig efter greppa
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida H / V
Övrigt _____

Fortsatt belastning: Bättre Sämre Ingen effekt Störd sömn: Ja / Nej

Smärta i vila: Ja / Nej Lokalisation: Nacke / Axel / Armbåge / Handled / Hand

Övriga frågor: Svullnad Smärthugg / Klickande ljud / Låsningar Subluxationer

Tidigare besvär _____

Tidigare behandling _____

Allmän hälsa: God / Måttlig / Dålig _____

Mediciner: Nej / NSAID / Analg / Kortison / Antikoag / Annan _____

Röntgen: Ja / Nej _____

Nyligen/större operation: Ja / Nej _____ Natlig smärta: Ja / Nej _____

Olycksfall: Ja / Nej _____ Oförklarlig viktninskning: Ja / Nej _____

Summering: Akut / Sub-akut / Långvarigt Trauma / Smygande debut

Områden för vidare undersökning: Nacke / Axel / Armbåge / Handled / Hand Övrigt _____

UNDERSÖKNING

HÅLLNING

Sittande: *God / Måttlig / Dålig* Effekt av hållningskorrektur: *Bättre / Sämre / IE / Ej applicerbar* Stående: *God / Måttlig / Dålig*

Övriga observationer: _____

NEUROLOGI: *Ej relevant / Muskelkraft / Sensibilitet / Reflexer / Nervtensionstecken* _____

UTGÅNGSVÄRDEN (smärta eller funktionella aktiviteter): _____

EXTREMITET *Axel / Armbåge / Handled / Hand* _____

RRL-FÖRLUST	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Flexion					
Extension					
Supination					
Pronation					

	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Adduktion / Ulnardeviation					
Abduktion / Radialdeviation					
Inåtrotation					
Utåtrotation					

Passiva Rörelser (+/- övertryck) (symptom och rörlighet) _____

	SUR	YLS

Motståndstest (smärta) _____

Övriga test _____

Columna

Rörlighetsförlust _____

Effekt av upprepade rörelser _____

Effekt av statisk position _____

Ryggstatus: *Ej relevant / Relevant / Sekundärt problem* _____

Symtom före test _____

Upprepade Test	Symptomrespons		Mekanisk Respons	
Aktiva / Passiva rörelser, motståndstest, funktionella test	Under – Producerar, Elimineras, Ökar, Minskar, IE	Efter – Bättre, Sämre, EB, ES, IE	Effekt – ↑ / ↓ rörlighet, styrka eller funktionellt test	Ingen Effekt
Effekt av statisk position				

PRELIMINÄR KLASSIFIKATION

Artikulär dysfunktion _____

Derangement _____

ANNAT _____

Extremitet

Kontraktil dysfunktion _____

Posturalt _____

Columna

BEHANDLINGSPLAN

Utbildning _____

Övning och dos _____

Hinder för tillfrisknande _____

Behandlingsmål _____

Sjukgymnast / Fysioterapeut _____

Sign _____