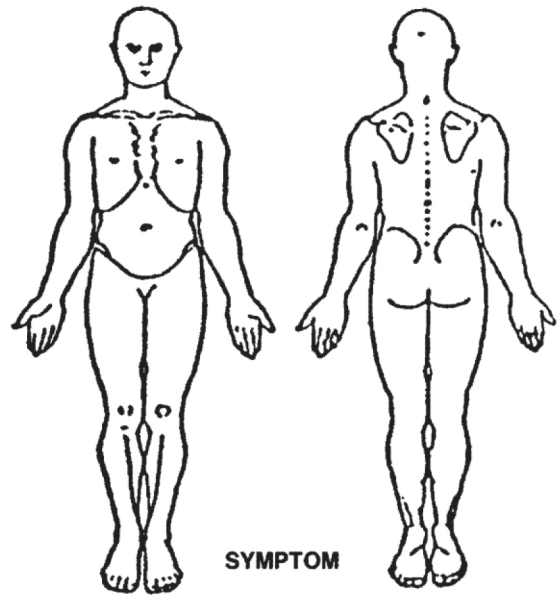




# Extremitetsstatus Nedre

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



## ANAMNES

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 / uppresning / första stegen stå gå trappor huksittande / knästående  
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida H / V  
Övrigt \_\_\_\_\_

Bättre av: Böja sitta stå gå trappor huksittande / knästående  
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 Lokal: Rygg / Höft / Knä / Fotled / Fot

Övriga frågor Svullnad Klickande ljud / Låsningar Ben viker sig / Fallor

Tidigare besvär \_\_\_\_\_

Tidigare behandlingar \_\_\_\_\_

Allmän hälsa: God / Måttlig / Dålig \_\_\_\_\_

Mediciner: Nej / NSAID / Analg / Kortison / Antikoag / Annan \_\_\_\_\_

Röntgen: Ja / Nej \_\_\_\_\_

Större/nyligen operation: Ja / Nej \_\_\_\_\_ *Nattlig smärta: Ja / Nej* \_\_\_\_\_

Olycksfall: Ja / Nej \_\_\_\_\_ *Oförklarad viktninskning: Ja / Nej*

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

Områden för vidare undersökning: Rygg / Höft / Knä / Fotled / Fot Övrigt \_\_\_\_\_

# UNDERSÖKNING

## HÅLLNING

Sittande: *God / Måttlig / Dålig* Effekt av hållningskorrektion: *Bättre / Sämre / IE / Ej applicerbar* Stående: *God / Måttlig / Dålig*  
 Övriga observationer \_\_\_\_\_

NEUROLOGI: *Ej relevant / Muskelkraft / Sensibilitet / Reflexer / Nervtensionstecken* \_\_\_\_\_

UTGÅNGSVÄRDEN (smärta eller funktionella aktiviteter) \_\_\_\_\_

EXTREMITET *Höft / Knä / Fotled / Fot*

RRL-FÖRLUST	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Flexion					
Extension					
Dorsalflexion					
Plantarflexion					

	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Adduktion / Inversion					
Abduktion / Eversion					
Inåtrotation					
Utåtrotation					

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

Motståndstest (smärta) \_\_\_\_\_

Övriga test \_\_\_\_\_

## Columna

Rörlighetsförlust \_\_\_\_\_

Effekt av upprepade rörelser \_\_\_\_\_

Effekt av statisk position \_\_\_\_\_

Test av rygg: *Ej relevant / Relevant / Sekundärt problem* \_\_\_\_\_

Symtom före test \_\_\_\_\_

Upprepade test	Symptomrespons		Mekanisk respons	
	Under – Producerar, Eliminerar, Ökar, Minskar, IE	Efter – Bättre, Sämre, EB, ES, IE	Effekt – ↑ eller ↓ RRL, styrka eller funktionellt test	Ingen Effekt
<b>Aktiva/Passiva rörelser, motståndstest, funktionella test</b>				
<b>Effekt av statisk position</b>				

## PRELIMINÄR KLASSIFIKATION

Artikulär dysfunktion \_\_\_\_\_

Derangement \_\_\_\_\_

ANNAT \_\_\_\_\_

## Extremitet

Kontraktill dysfunktion \_\_\_\_\_

Posturalt \_\_\_\_\_

## Columna

## BEHANDLINGSPLAN

Utbildning \_\_\_\_\_ Erhållet hjälpmedel \_\_\_\_\_

Övning och dos \_\_\_\_\_

Hinder för tillfrisknande \_\_\_\_\_

Behandlingsmål \_\_\_\_\_

Sjukgymnast / Fysioterapeut \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_