

Underlag för ortopedteknisk konsultation

Från:

Vårdgivare:

Personnr:

Namn:

Adress:

Telefon:

Till:

SKARABORGS ORTOPEDSERVICE AB www.ortopedservice.se

 Skaraborgs Sjukhus Lidköping
531 85 LIDKÖPING
Tel. 0510-855 66
sosabl@ortopedservice.se

 Skaraborgs Sjukhus Skövde
541 42 SKÖVDE
Tel. 0500-43 15 80
sosab@ortopedservice.se

Diagnos/besvär:

Diagnoskod:

Målsättning och syfte:

Förslag på åtgärd:

TILLÅTEN RÖRELSE I LEDER

FOT:

 Får inte röra i fotleden

 Rörelseomfång plantflex.....dorsflex

KNÄ:

 Får inte böja i knäet, låst i antal grader.....

 Rörelseomfång flex. ext

Vid flexion utgår vi från ett rakt knä (0 grader) när man beskriver hur mycket flexion som tillåts. Vid extension vill vi veta hur många grader till rakt knä som tillåts. I foten är utgångsläget plantigrad (0 grader)

Patientinstruktioner:

 Får belasta Ja Nej

 Används nattetid Ja Nej

 Tas av för luftning Ja Nej

Behandlingstid:

Övrigt:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Ifylles av Ortopedservice:

 Gäller för 1 tillfälle sedan egenvård

 Giltighetstid 5 år

Noteringar:

Datum för analys:

Handläggare: