

Undersökningsdatum

1	Den skadade	Förnamn och efternamn	Personnummer	Skadedatum (ååmmdd)
		Adress		
	Intyg	Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
2	Diagnos p.g.a. skadefallet (latin och svenska)	Bolagets namn		
	Tidigare skador			
3	Skade- och behandlingsförlopp			
4	Subjektiva besvär i arbete och under fritid (Ange även förekomst av smärta, värk och köldbösvär)			

ADL-funktion

5	Tvättning			Tandborstning			Hårvård			Rakning			Toalettbesök		
	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt
	Knäppa knappar			Bilkörning			Skrivning, hand			Skrivning, maskin			Matbestick		
	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvärligt	<input type="checkbox"/> omöjligt

Handskada

Den skadade uppger sig vara

Höger

Vänster

Högerhänt

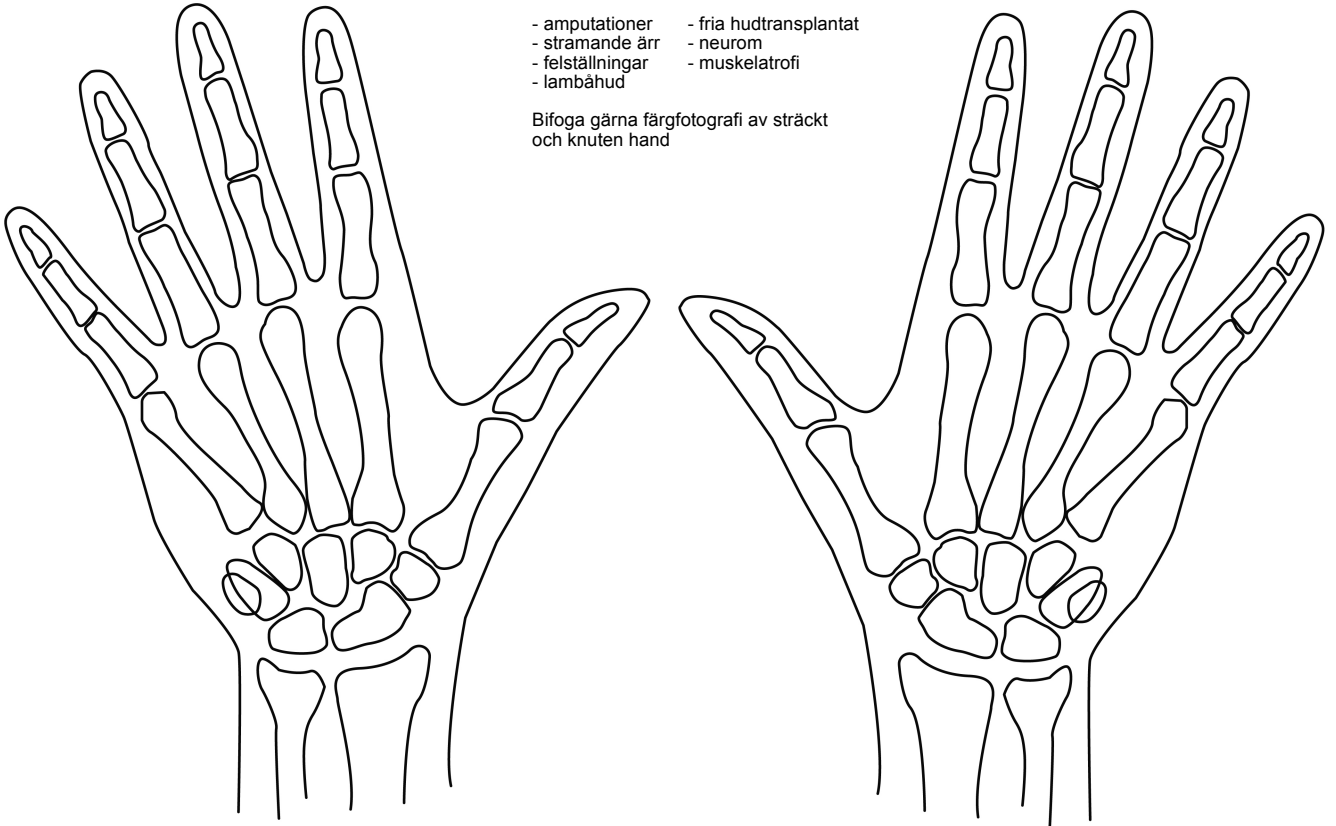
Vänsterhänt

Volar repektive dorsal sida anges med nagelmarkering. Markera dessutom

- amputationer
- stramande ärr
- felställningar
- lambåhud
- fria hudtransplantat
- neurom
- muskelatrofi

Bifoga gärna färgfotografi av sträckt och knuten hand

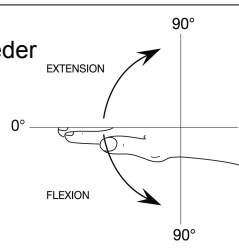
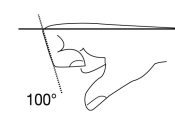
6



Undersökarens kommentarer

7

Undersökning (Fyll i uppgifter om båda armarna för vår jämförelse)

RÖRLIGHET		HÖGER					VÄNSTER				
8	Skulderleder	Elevation framåt-uppåt (flexion)					Elevation framåt-uppåt (flexion)				
		Elevation utåt-uppåt (abduktion)					Elevation utåt-uppåt (abduktion)				
		När med hand bakom ryggen till Th nr (inåtrotation)					När med hand bakom ryggen till Th nr (inåtrotation)				
		När med hand till nacken (utåtrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					När med hand till nacken (utåtrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
9	Armbågsleder	/					/				
10	Underarm Mäts med armbåge i 90 graders flexion	Pronation /					Pronation /				
		Supination /					Supination /				
11	Handleder 	Extension /					Extension /				
		Flexion /					Flexion /				
		Ulnardeviation /					Ulnardeviation /				
		Radialdeviation /					Radialdeviation /				
12	Tumme	CMC-led radial abduktion /					CMC-led radial abduktion /				
		CMC-led volar abduktion /					CMC-led volar abduktion /				
		Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Saknas					Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Saknas				
		Minsta avstånd från tumtupp till fingertupp, cm II III IV V					Minsta avstånd från tumtupp till fingertupp, cm II III IV V				
		MCP /					MCP /				
		IP /					IP /				
13	Fingrar 0/100  Passiv rörlighet anges endast om denna avsevärt avviker från den aktiva. Hyperextension anges med minustecken. Knytdiastas, minsta avstånd från fingertupp till volas distala böjveck vid handknytning	MCP	/	/	/	/	MCP	/	/	/	/
		PIP	/	/	/	/	PIP	/	/	/	/
		DIP	/	/	/	/	DIP	/	/	/	/
		Knyt-diastas, cm	/	/	/	/	Knyt-diastas, cm	/	/	/	/
		Ab-adduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Saknas					Ab-adduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Saknas				
		Maxavstånd från tumme till pekfingertupp, cm					Maxavstånd från tumme till pekfingertupp, cm				
OMKRETS (med rak arm)		HÖGER					VÄNSTER				
14	Överarm Mitt på överarmen	cm					cm				
15	Underarm Största omkrets	cm					cm				
SENSIBILITET		HÖGER					VÄNSTER				
16	Plockförmåga	Med synens hjälp <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Dålig					Med synens hjälp <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Dålig				
		Utan synens hjälp och utan ändring av grepp <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Dålig					Utan synens hjälp och utan ändring av grepp <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Dålig				
17	Slitmärken och arbetsvalkar	<input type="checkbox"/> Finns <input type="checkbox"/> Saknas					<input type="checkbox"/> Finns <input type="checkbox"/> Saknas				
18	2-punkts diskriminationsförmåga i mm (eller end beröringssensibilitet enl nedan)	I rad/uln	II rad/uln	III rad/uln	IV rad/uln	V rad/uln	I rad/uln	II rad/uln	III rad/uln	IV rad/uln	V rad/uln
19	Beröringssensibilitet "+" eller "-"										

F7108 23.10 3

GROV KRAFT		HÖGER	VÄNSTER
20	Hand	Dynamometer/vigorimeter Uppskattning <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Svag	Dynamometer/vigorimeter Uppskattning <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Svag
	Tum-, pekfingergrepp	Intrinsicmeter Uppskattning <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Svag	Intrinsicmeter Uppskattning <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Svag

ANMÄRKNINGAR		HÖGER	VÄNSTER
21	T.ex. uppgifter om passiv rörlighet eller motoriska bortfallssymptom vid nervskador		

22 Sammanfattning och prognos

23	Bedömning	Bedömningen är gjord på grundval av <input type="checkbox"/> Undersökning vid patientens besök	<input type="checkbox"/> Egen kännedom om patienten	<input type="checkbox"/> Journalhandlingar i patientens akt
24	Delgivning	Får kopia av intyget lämnas ut av Afa Försäkring till patienten eller dennes ombud?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Läkarens underskrift

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning	Namnförtydligande
Specialitet	Vårdrättning/klinik	

Patientens underskrift

Jag har tagit del av detta intyg

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning
------------------------------------	--------------

F7108 23.10 4