

Ultraflex uppföljningsformulär

1. Patientreferens

Efternamn.....	Förnamn.....	Tel.....	Ålder.....
Adress.....			Kön.....
Postnr.....	Ort.....		Vikt.....
			Längd.....

2. Behandlande enhet

Namn.....	Avdelning.....	
Adress.....		
Postnr.....	Ort.....	
Telefon.....	Fax.....	E-post.....

3. Behandlingsteamet

Behandlande	Namn.....	Specialitet.....
Läkare	Sjukhus/avd.....	Mobilnr.....
	Adress.....	Postnr.....
	Ort.....	Tel.....
	Fax.....	E-post.....
Förskrivande Läkare	Namn.....	Specialitet.....
	Sjukhus/avd.....	Mobilnr.....
	Adress.....	Postnr.....
	Ort.....	Tel.....
Person som är ansvarig för journal och kommunikation	Namn.....	Specialitet.....
	Sjukhus/avd.....	Mobilnr.....
	Adress.....	Postnr.....
	Ort.....	Tel.....
Sjukgymnast	Namn.....	Specialitet.....
	Sjukhus/avd.....	Mobilnr.....
	Tel.....	Fax.....
	E-post.....	
Arbetssterapeut	Namn.....	Specialitet.....
	Sjukhus/avd.....	Mobilnr.....
	Tel.....	Fax.....
	E-post.....	
Sköterska	Namn.....	Specialitet.....
	Sjukhus/avd.....	Mobilnr.....
	Tel.....	Fax.....
	E-post.....	

4. Ortopedingenjör

Företag	Företag.....	Namn.....	
	Adress.....	Postnr.....	Ort.....
	Mobilnr.....	Tel.....	Fax.....
	E-post.....		

5. Kontaktinformation för Camp Scandinavia

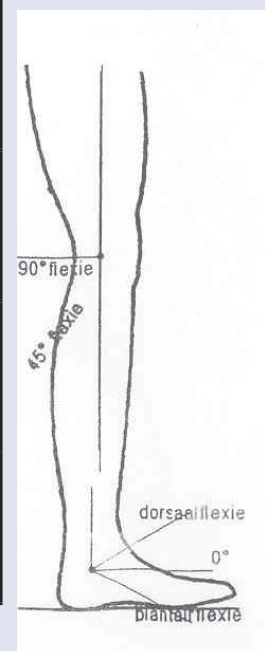
Kundservice	Telefon 042 - 25 27 01	Fax 042 - 25 27 25	e-mail: kundsupport@camp.se
-------------	------------------------	--------------------	-----------------------------

		Vecka 0	Vecka 1		Vecka 2		Vecka 3	
		Start	Måndag	Fredag	Måndag	Fredag	Måndag	Fredag
	Datum							
Extensions assist: Armbåge (I) eller Knä (I)	PROM* från ** till							
	AROM* från ** till							
	Kraftnivå							
	Använd tid							
Flexions assist: Armbåge (I) eller Knä (I)	PROM* från ** till							
	AROM* från ** till							
	Kraftnivå							
	Använd tid							
Dorsalflexion Handled (I) eller Ankel (I)	PROM* från ** till							
	AROM* från ** till							
	Kraftnivå							
	Använd tid							
Supination Pronation Handled	PROM* från ** till							
	AROM* från ** till							
	Kraftnivå							
	Använd tid							

(I) = patientens led ** = se bilder nedan
 *PROM = passivt rörelseomfång
 AROM = aktivt rörelseomfång

Observationer och noteringar veckovis

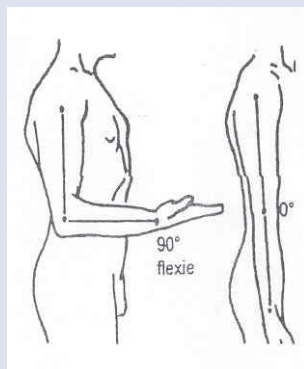
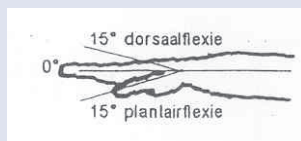
Vecka 0
Vecka 1
Vecka 2
Vecka 3



		Vecka 4		Vecka 5		Vecka 6		Vecka 7	
		Måndag	Fredag	Måndag	Fredag	Måndag	Fredag	Måndag	Fredag
	Datum								
Extensions assist: Armbåge (I) eller Knä (I)	PROM* från ** till								
	AROM* från ** till								
	Kraftnivå								
	Använd tid								
Flexions assist: Armbåge (I) eller Knä (I)	PROM* från ** till								
	AROM* från ** till								
	Kraftnivå								
	Använd tid								
Dorsalflexion Handled (I) eller Ankel (I)	PROM* från ** till								
	AROM* från ** till								
	Kraftnivå								
	Använd tid								
Supination Pronation Handled	PROM* från ** till								
	AROM* från ** till								
	Kraftnivå								
	Använd tid								

(I) = patientens led ** = se bilder nedan
 *PROM = passivt rörelseomfång
 AROM = aktivt rörelseomfång

Observationer och noteringar veckovis



Vecka 4
Vecka 5
Vecka 6
Vecka 7

