



**Personnummer\***             -     (ååååmmdd-nnnn)

**Bedömningsdatum\***     -   -   (åååå-mm-dd)

**Sida\***  Höger  Vänster

## Grunduppgifter

### Instabilitetsuppgifter

#### Generell ledlaxitet

#### Beighton score\*

(score)  Ej undersökt

Beräkning av Beighton score (max 9 poäng)

- Passiv dorsalflexion av MCP5 över 90 grader (1p för vä sida och 1 poäng för hö sida)
- Passiv dorsalflexion av dig 1 till flexorsidan av underarmen (1p för vä sida och 1 poäng för hö sida)
- Hyperextension av armbågarna mer än 10 grader (1p för vä sida och 1 poäng för hö sida)
- Hyperextension av knäna mer än 10 grader (1p för vä sida och 1 poäng för hö sida)
- Framåtböjning med raka ben så att händerna lätt vilar på golvet (1p)

#### Symtomgivande riktning av instabilitet\* (Ange ett eller flera alternativ)

Anteriort  Posteriot  Inferiort  Ej undersökt

#### Hyperlaxitet på stabiliseringssida\*

Nej  Ja  Oklart

Definition av Hyperlaxitet

Utåtrotation >85 grader, subluxebar vid draglåda, positiv sulcus sign eller hyperabduktionstest >20 graders sidoskillnad

## Röntgenuppgifter

**Hill-Sachs impression synlig på frontal bild i utåtrotation\***  Nej  Ja  Oklart

**Bony Bankart eller otydlig glenoidkontur tydande på en benförlust på glenoiden\***  Nej  Ja  Oklart

**Artros\***  Nej  Ja  Oklart

**Övriga röntgenfynd** .....  
Specificera

## Idrottsuppgifter

#### Regelbunden pågående idrottsaktivitet\*

Nej  Oklart

Ja Om Ja, ange typ(er) av aktivitet(er) nedan

**Kontaktidrott** (ex. fotboll, boxning, ishockey)

**Aktivitet med armen i abduktion och utåtrotation ovan axelhöjd**  
(ex. volleyboll, tennis, spjut, handboll)

**Annan aktivitet** (ex. simning, golf, bowling)

**Tilläggsuppgifter**

<b>Dominant hand</b>	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	<input type="checkbox"/> Båda			
<b>Aktuell instabilitet</b> (ensidig/dubbelsidig)	<input type="checkbox"/> Unilateral		<input type="checkbox"/> Bilateral			
<b>Genes till första luxation/subluxation</b> (Ange endast ett alternativ)						
<input type="checkbox"/> Kast	<input type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Kollision				
<input type="checkbox"/> Hyperabduktion/Elevation (ex. simning, dykning, ta på rock)						
<input type="checkbox"/> Inget trauma	<input type="checkbox"/> EP-anfall	<input type="checkbox"/> Oklart				
<b>Årtal för första luxation/subluxation</b>	_ _ _ _  (år)					
<b>Totalt antal luxationer</b> (efter första luxation/subluxation)						
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> >10
<b>Totalt antal subluxationer</b> (efter första luxation/subluxation)						
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> >10
<b>Sjukgymnastisk stabiliserande behandling har provats</b>						
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt om adekvat behandling	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas			
<b>Tidigare genomgått operationer på aktuell axel</b>						
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Oklart					
<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange vilken eller vilka					
	<input type="checkbox"/> <b>Diagnostisk artroskopi</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Subacromiellt ingrepp</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Frakturkirurgi</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Annat ingrepp</b>	.....				
		Specificera				
<b>Tidigare genomgått operationer på andra sidans axel</b>						
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Oklart					
<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange vilken eller vilka					
	<input type="checkbox"/> <b>Diagnostisk artroskopi</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Stabilisering</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Subacromiellt ingrepp</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Frakturkirurgi</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Annat ingrepp</b>	.....				
		Specificera				