



Personnummer | | | | | | | | - | | | | |

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

Sida* Höger Vänster

Sjukhus* **Klinikkod***

Landsting*

Grunduppgifter

Instabilitetsuppgifter

Stabiliserad riktning av instabilitet* (Ange ett eller flera alternativ)

Anteriort Posteriort Inferior Ej undersökt

Röntgenuppgifter

Hill-Sachs impression synlig på frontal bild i utårtrotation* 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 utårtrotation ovan axelhöjd
(ex. volleyboll, tennis, spjut, handboll)

Annan aktivitet (ex. simning, golf, bowling)

**Tilläggssuppgifter**

Aktuell instabilitet (ensidig/dubbelsidig) Unilateral Bilateral

Genes till luxation/subluxation efter föregående stabilisering (Ange endast ett alternativ)

- Kast Fall Kollision
 Hyperabduktion/Elevation (ex. simning, dykning, ta på rock)
 Inget trauma EP-anfall Oklart

Årtal för luxation/subluxation efter föregående stabilisering ████ (år)

Totalt antal luxationer (efter föregående stabilisering)

- 0 1 2 3 4 5-10 >10

Totalt antal subluxationer (efter föregående stabilisering)

- 0 1 2 3 4 5-10 >10

Sjukgymnastisk stabilisering har provats

- Nej Ja Tveksamt om adekvat behandling Uppgift saknas

Tidigare genomgått andra än stabiliseringar på aktuell sida sedan föregående stabilitetsoperation

- Nej Oklart
 Ja Om Ja, ange vilken eller vilka
 Diagnostisk artroskopi
 Subacromiellt ingrepp
 Frakturkirurgi
 Annat ingrepp
Specificera

Tidigare genomgått andra än stabiliseringar på kontralateral sida sedan föregående stabilitetsoperation

- Nej Oklart
 Ja Om Ja, ange vilken eller vilka
 Diagnostisk artroskopi
 Stabilisering
 Subacromiellt ingrepp
 Frakturkirurgi
 Annat ingrepp
Specificera