



Frågeställning <input type="checkbox"/> Operation (förutsatt att pat. vill ha op.) <input type="checkbox"/> Second opinion Förslag till annan åtgärd/utredning				Remiss för artros i <input type="checkbox"/>knä <input type="checkbox"/>höft					
<input type="checkbox"/> Oklar diagnos				Röntgen ej äldre än 6 mån (MR är av mindre värde). Sjukhus _____ Datum _____					
Preliminär diagnos <input type="checkbox"/> Artros <input type="checkbox"/> hö <input type="checkbox"/> vä <input type="checkbox"/> bilat <input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom <input type="checkbox"/> Besvär efter fraktur <input type="checkbox"/> Annat				Status (avser artros i knä) Hydrops <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Instabilitet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sträckdefekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Felställning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Rörelseomfång _____					
Symtom – smärta/värk 5 <input type="checkbox"/> Mycket svår, ständig värk 4 <input type="checkbox"/> Svår vid gång, hindrar nästan all aktivitet 3 <input type="checkbox"/> Smärtan uthärdlig, medger begränsad aktivitet 2 <input type="checkbox"/> Smärta endast efter viss aktivitet, försvinner i vila 1 <input type="checkbox"/> Lätt – måttlig smärta. Startsmärta som minskar efter hand vid aktivitet 0 <input type="checkbox"/> Ingen smärta				Symtom – gång/funktion 5 <input type="checkbox"/> Sängbunden eller några få meter med hjälpmedel. 4 <input type="checkbox"/> Mycket begränsad, med eller utan gånghjälpmedel. Begränsad med en käpp (mindre än 1h). 3 <input type="checkbox"/> Svårt utan hjälpmedel. Kan stå längre perioder. 2 <input type="checkbox"/> Långa distanser med en käpp. 1 <input type="checkbox"/> Inga gånghjälpmedel, men hälta. 0 <input type="checkbox"/> Normal					
Kompletterande uppgifter				Värdering av patientens allmäntillstånd - ASA klassifikation					
Sjukskriften <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Längd _____	Vikt _____	BMI _____		Tidigare/Nuvarande sjukdomar _____			
Sjukgymnastik <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Röker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ätgärder hittills avseende knä/höft _____			Aktuella mediciner _____			
Bifoga journalhandlingar rörande detta				Läk. namn och namnteckning _____		Datum _____			

Primärvårdsremiss för knä/höftartros framtagen av Doc. Per Hamberg, Ortklin SÖS, 08-616 28 72. Godkänd 2009 02 01 av samtliga ortopedkliniker i Stockholm