



Branch of Sweden

# Extremitetsstatus

2003

Datum: .....

Namn: .....

Personnr: ..... Kön: M/K

Arbete: .....

Fritid/Socialt: .....

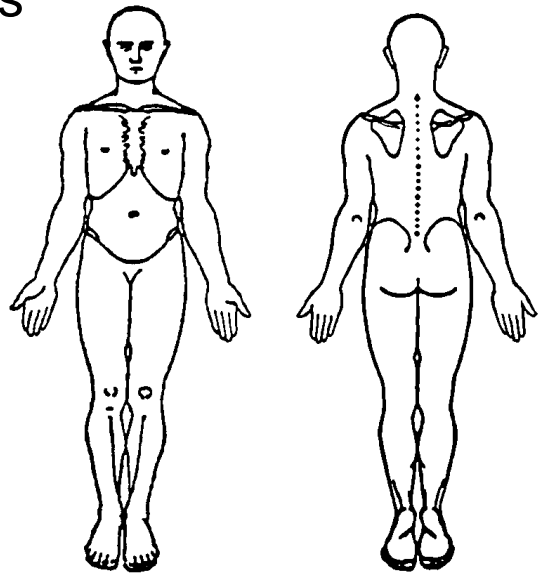
Hållning/belastn i ADL: .....

Läkare: .....

Funktionsnedsättning denna episod: .....

Functional Disability Score = .....

VAS (0-10) = .....



## SYMPTOM

Markera symptom under denna besvärsperiod

## ANAMNES

Aktuella symptom: .....

Haft symptom sedan ..... *Under förbättring / Oförändrat / Under försämring*

Utlösande faktor: ..... *Ingen uppenbar utlösande faktor*

Symptom vid debut: .....

Konstanta symptom: ..... Intermittenta symptom: .....

Vad producerar eller ökar symptomen .....

Vad stoppar eller minskar symptomen .....

Kontinuerlig användning *minskar / ökar / har ingen effekt på* smärtan

Smärta i vila: *Ja / Nej*

Störd sömn: *Ja / Nej*.....

Övriga frågor : .....

Behandling denna episod : .....

Tidigare besvär: .....

Tidigare behandling: .....

Tidigare besvär från ryggraden : .....

.....Parestesier *Ja / Nej*

Prövade mediciner .....Effekt .....

Nuvarande medicinering : .....

Allmän hälsa: *god / måttlig / dålig* .....

Röntgen: .....

**Summering:** *Akut / Subakut / Kroniskt*

*Trauma / smygande debut*

Områden för vidare undersökning.....