

Formulär för
Ytterligare behandling (efter den primära) vid PEVA
 Fyll i ett formulär för varje fot som kräver BEHANDLINGSINSATS

Ny registrering görs vid varje förnyad behandlingsinsats

Detta formulär används för ALLA typer av åtgärder som görs UTÖVER den primära gipsbehandlingen, s.k. "Standardbehandling enligt Ponseti", som inkluderar: gipsredressioner och upp till 2 perkutana akillotomier (inom den primära gipsbehandlingen) samt efterföljande ortosbehandling.

Patient: Personnr: Doktor:.....

Alla frågor måste besvaras!			
Datum för behandlingsstart/operation:		Sida <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	
FOTENS UTSEENDE OCH FUNKTION vid denna registrering			
Är barnet självständig gångare helt utan stöd samt utan ortos eller skena? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
För barn som är < 2år eller inte är självständig gångare bedöms foten på detta sätt			
Varus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Adductus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Supination <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Cavus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Dorsalextension fotled PASSIVT <input type="checkbox"/> < 0° <input type="checkbox"/> 0 – < 10° <input type="checkbox"/> ≥ 10°			Tom hälkudde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
För barn som är ≥ 2 år och är helt självständig gångare bedöms foten på detta sätt (PBS-score)			
Stående	Hälvarus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Gående	Supination i svingfas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Supination <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Tidigt hälllyft i stödfas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sittande	Subtalar abduction <input type="checkbox"/> < 0° <input type="checkbox"/> 0- < 5° <input type="checkbox"/> 5- < 10° <input type="checkbox"/> ≥ 10°		
	PASSIV dorsalextension i fotled <input type="checkbox"/> < 0° <input type="checkbox"/> 0- < 5° <input type="checkbox"/> 5- < 10° <input type="checkbox"/> ≥ 10°		
	AKTIV dorsalextension i fotled <input type="checkbox"/> < 0° <input type="checkbox"/> ≥ 0°		
ANGE TYP AV BEHANDLING			
Operation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Icke operativ behandling OBS: Välj ett eller flera av de tre alternativen.			
Fysioterapi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vid ortos, ange ortostyp:		
Gips <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Fot-Abduktions-Ortos (FAO) <input type="checkbox"/> Ankel-Fot-Ortos (AFO) <input type="checkbox"/> Knä-Ankel-Fot Ortos (KAFO)		
Ortos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Annan, ange vilken:		
Operation kan bara fyllas i om alternativen ovan (fysioterapi, gips och ortos) inte är ifyllda.			
Preoperativ gipsbehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Mjukdelslösning	<input type="checkbox"/> Ja, ange det alternativ som bäst beskriver vad som gjorts: <input type="checkbox"/> Hälseneförlängning, ange: <input type="checkbox"/> NHL39 Perkutan akillotomoti <input type="checkbox"/> NHL69 Öppen hälseneförlängning <input type="checkbox"/> NHE02 Posterior release (Se definition på nästa sida!) <input type="checkbox"/> NHT 39/49 Postero-medial release (Se definition på nästa sida!) <input type="checkbox"/> Nej		
NHL89 Tibialis anterior transferering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	NHL69 Tibialis posterior förlängning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
NHK 5X/6X eller NGK59 Osteotomi	<input type="checkbox"/> Ja, ange (alla) lokalisation(-er): <input type="checkbox"/> Calcaneus <input type="checkbox"/> Cuneiforme/Cuboideum <input type="checkbox"/> Metatarsaler <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Nej		
Annan operation	<input type="checkbox"/> Ja, beskriv hur:..... <input type="checkbox"/> Nej		

För definitioner, vänd till nästa sida!

DEFINITIONER		Se hjälpbilder som finns upplagda på hemsidan, www.spoq.se under Stöd för vårdpersonal
Orsak eller grund för Ytterligare behandling		
Datum för behandlingsstart	Behandlingsstart avser icke-operativ behandling. Ange remissdatum till fysioterapi/ortos där förväntad behandlingsstart ligger inom "rimlig tid", dvs 1 à 2 mån. Om längre tid innan verklig start, ange då korrekt datum. Ange datum för gipsstart eller operation.	
".... vid förnyad BEHANDLINGSINSATS"	Med detta menas antingen 1. BYTE av behandlingsmetod (dvs alternativen för "TYP AV BEHANDLING" ovan) eller 2. en NY behandlingsperiod (dvs. med ett signifikant uppehåll från tidigare behandling) med metod som man tidigare använt, men med otillräckligt resultat eller återkomst av felställning.	
Bedömning av fotens utseende baseras på gångförmåga och ålder		
Självständig gångare	Barnet går självständigt helt utan stöd samt utan ortos eller skena.	
Om barnet är <2 år eller inte är självständig gångare		
Varus	Hälen sedd bakifrån är vinklad medialt i förhållande till tibia	
Adductus	Framfoten medialt vinklad i förhållande till bakfoten med konvex lateral fotrand	
Supination	Vridning av fotbladets inre kant uppåt	
Cavus	Högt långsgående fotvalv	
Tom hälkudde	Calcaneus palperas på djupet eller inte alls vid försiktig dorsalextension i fotleden (0,5 eller 1 poäng enl. Pirani). Se hjälpbilder.	
Om barnet är ≥2 år och självständig gångare (PBS-score)		
PBS-score	Används för beskrivning av fotens utseende och funktion.	
Bedömning av fotledens rörlighet		
Rörelseomfång i fotled	Mäts från lateralsidan med goniometer, med böjt knä och avser maximalt passivt/aktivt rörelseuttag. Referenspunkter: goniometerens fasta skänkel hålls parallellt med tibias framkant, rörlig skänkel följer laterala fotranden (metatarsale 5).	
PASSIV dorsalextension	Utförs med barnet ryggliggande/sittande. Fixera tibia med en hand, medan den andra handen fixerar calcaneus, ta sedan ut dorsalextensionen.	
AKTIV dorsalextension	Utförs i ryggliggande eller sittande. Be barnet att aktivt dra tårna mot sig/upp mot taket.	
Beskrivning av mjukdelslösningar		
Hälseneförlängning	Kan göras på två olika sätt, vilket ska anges: NHL 39 Perkutan akilotenotomi NHL 69 Öppen hälseneförlängning	
NHE 02 Posterior release	Detta inbegriper bakre incision av ledkapsel till fotled och/el. talocalcaneara leden samt hälseneförlängning	
NHT 39/49 Postero-medial release	Detta inbegriper posterior release SAMT förlängning av senorna tibialis posterior, flexor digitorum communis och flexor hallucis longus SAMT incision av ledkapsel talonaviculärt och/eller subtalärt/naviculare/cuneiforme.	