

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	
		Röntgen Bifoga röntgenbilder (ej äldre än 6 mån, enbart MR räcker inte). Sjukhus _____ Datum _____	
<input type="checkbox"/> Oklar diagnos		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 _____	
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 _____		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	
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		Värdering av patientens allmäntillstånd - ASA klassifikation 1 <input type="checkbox"/> Frisk individ 2 <input type="checkbox"/> Mild-måttlig sjukdom som ej påverkar aktivitet/AT (ex. välinställd hypertoni, DM utan kompl.) 3 <input type="checkbox"/> Svår sjukdom som begränsar aktiviteten och påverkar AT (ex. KOL, angina, nyligen hjärtinf., DM med kompl., BMI >35) 4 <input type="checkbox"/> Svår systemisk ständigt livshotande sjukdom	
Kompletterande uppgifter		Tidigare/Nuvarande sjukdomar _____	
Sjukskriven <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Längd _____ Vikt _____ BMI _____			
Sjukgymnastik <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Röker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Åtgärder hittills avseende knä/höft _____		Aktuella mediciner _____	
<i>Bifoga journalhandlingar rörande detta</i>		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