

FYSISK UNDERSØGELSE – UND. EKSTREMITETER		Dato:	
Patientnavn:		CPR:	Behandler:

HOLDNING			
Siddende:	God/Rimelig/Dårlig	Korrektion af holdning:	Bedre/Værre/Ingen effekt/NA
Stående	God/Rimelig/Dårlig		
Andre observationer			

NEUROLOGISK TEST	
Motorisk:	Reflekser:
Sensorisk:	Durategn:

Ekstremitet: Hofte/knæ/ankel/ fod

BEVÆGELSESTAB	maj	mod	min	nul	smerte		maj	mod	min	nul	smerte
Fleksion						Adduktion/Inversion					
Ekstension						Abduktion/Eversion					
Dorsi Flexion						Rotation - indad					
Plantar Flexion						Rotation - udad					

Noter

Passive bevægelser (+/- overpres) (Noter symptomer og bevægeudslag)	Smerte:	
	Under bevægelse:	Yderstilling:

Bevægelse mod modstand (smerte)	
Andre tests	

RYGSØJLE

Bevægelsestab	
Effekt af gentagne bevægelser	
Effekt af statisk positionering	
Rygsøjle-test	Ikke relevant/relevant/sekundært problem

Ift. smerter			Ift. bevægelighed		
	Symptomer under test	Symptomer efter test	Mekanisk respons		
Baseline symptomer			Bedre	Nedsat	Ingen effekt
Aktive bevægelser					
Passive bevægelser					
Bevægelser mod modstand					
Funktionstest					
Effekt af statisk positionering					

KONKLUSION: (Klinisk ræsonnering)

Hovedproblem: (Årsag)

Del-problem: (Symptomer)

Pt. samtykke: ☐

Mål/midler ICF

Krop:

Aktivitet:

Deltagelse:

Forholde sig til National Kliniske Retningslinjer?

JA ☐ NEJ ☐

Hvis NEJ, Uddyb:

Behandlingsplan og mål aftalt med patient:Pt. samtykke: ☐

Prognose og tidsramme for behandling:

Behandling udført i dag:

Pt. samtykke: ☐

Øvelser – rep:

Pt. samtykke: ☐

Aftalt til næste gang:

Pt. samtykke: ☐