



Datum \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

## Utvärdering och Remissformulär

Ägare/patientnr.

.....

Patient

.....

Ras

.....

Diagnos

.....

Remitterande veterinär

.....

Klinik

.....

.....

.....

Telefon / Mobil

.....

E-post

.....

Ålder

.....

Vikt

.....

Telefon / mobil

.....

E-post

.....

Aktuell information och kommentarer om ortosen

.....

.....

.....

.....

# Ortosförkortningar

ART	Articulated	MCP	Metacarpophalangeal	TAR	Tarsal
RIG	Rigid	MTP	Metatarsophalangeal	H	Höger
HYE	Hyperextension	CRM	Controlled range of motion	V	Vänster
HYF	Hyperflexion	CAR	Carpal		

Ringa in de aktuella egenskaperna som efterfrågas:

Framben  V  H

Bakben  V  H

CAR			
ART	RIG	CRM	HYE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP			
ART	CRM	RIG	SHOE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAR				
ART	RIG	CRM	HYE	HYF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MTP				
ART	CRM	RIG	SHOE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Ska ortosen användas dygnet runt? (dubbel polstring)  Ja  Nej
- Skall tassdelen inkluderas i ortosen?  Ja  Nej
- Om ja, är den i önskad belastningsposition?  Ja  Nej
- Vid CRM i Tarsal eller Carpal önskas  rörelsebegränsning eller  stoppband
- Vid CRM i MTP eller MCP önskas  rörelsebegränsning eller  stoppband
- Har hunden fortfarande sporre?  Ja  Nej
- Var djuret rakat över aktuell kroppsdel  Ja  Nej

Utrymme för att rita av tassens i belastat läge - Bara om den delen skall inkluderas i ortosen

Vänster	Höger
---------	-------

Underskrift veterinär: .....

