

In te vullen door de specialist



Graag patiëntenklever indien men hierover beschikt

PATIËNTENMAP SHOULDER CARE

Aanvraag door dokter :

Rotator cuff R / L TYPE A INGREEP

Naam en voornaam: **M / V**

Datum opname : maandag **uur : 07u00 NUCHTER**

Vermoedelijk opnameduur : maandagmorgen tot woensdagmiddag

Voorkeurafdeling : F1

Kamervoorstel 1 2

Preoperatieve informatie door de huisarts: blz. 6 t.e.m. 13

Gelieve **vooraf** uw kamer **persoonlijk** aan het onthaal van het ziekenhuis aan te vragen. Dit kan ook telefonisch (051/23.61.00). Indien er wijzigingen zijn i.v.m. de geplande opname, stellen we het erg op prijs om dit te melden aan het onthaal.

Pas dan wordt een goede opnameplanning voor onze ziekenhuisbedden mogelijk.

Wij kunnen niets definitief beloven i.v.m. de kamerkeuze, daar de bedbezetting soms ingrijpend gewijzigd wordt door dringende opnames.

Consultatie anesthesie bij type C-ingreep of patiënten onder coumarine gebruik of laag moleculair gewicht heparines : **datum :** **om****uur**

REVALIDATIE*

HERSTELOORD* (*aankruisen indien aangevraagd, liefst reeds door huisarts, bel evt.051/23.62.13)

**GELIEVE BIJ OPNAME ALLE ONDERZOEKEN DIE U HEBT MEE TE BRENGEN
= LABO – ECG – ALLE RX FOTO'S VAN DE SHOULDER ...**

Ter info aan de patiënt :

Tijdschema :

Voorlichtingssessie :
Opnamedatum :
Operatiedatum :
Ontslagdatum :

Overzichtskleef door het secretariaat Heelkunde.

Indien een afspraak voor kinesitherapie voor u niet haalbaar is, gelieve dan op de voorlichtingssessie contact op te nemen met de ziekenhuiskinesitherapeut

BELANGRIJKE OPMERKING :

Gelieve bij de voorlichtingssessie volgende zaken mee te brengen :

- Deze vragenlijst (map)
- Klever mutualiteit
- SIS kaart
- ALLE radiografische opnames i.v.m. de geplande ingreep
(longen + schouder, indien in uw bezit)
- Labo verslag
- ECG
- Klevers van de mutualiteit + SIS Kaart
- Uw Persoonlijk Schouderdossier

Gelieve bij opname het volgende zeker mee te brengen :

- Kaart bloedgroep en allergieën zo u daarover beschikt
- Huidige geneesmiddelen
- Indien van toepassing : schouder – apparaat

GELIEVE ALLE JUWELEN EN WAARDEVOLLE VOORWERPEN THUIS TE LATEN

**BIJ OPERATIE : RINGEN VERWIJDEREN !!!
NAGELLAK VERWIJDEREN !!!**

Behoort u tot Kategorie E « speciale pathologieën » met goedkeuring van de adviserende geneesheer ?

Datum aanvraag :

Datum goedkeuring :

Toegestane periode : van tot

Gelieve deze patiëntenmap (+ toegevoegde onderzoeken) te bewaren en bij iedere ziekenhuisopname mee te brengen. Dit document blijft geldig gedurende 6 maanden. Mocht u binnen die 6 maanden een nieuwe operatie moeten ondergaan, gelieve de chirurg te vragen of er nieuwe onderzoeken moeten gebeuren.

Naam patiënt :
Adres :
Telefoon :

Naam echtgenoot:

Contactpersoon tijdens het verblijf in het ziekenhuis :

Naam :
Adres :
Telefoon :

Huisarts : Naam :
Adres :
Tel. : Fax. :

Thuisverpleegkundige : Naam :
Tel. : Fax. :

Thuis kinesitherapeut : Naam :
Tel. : Fax. :

Andere hulpverlening : (vb. gezinshulp, warme maaltijden, poetsdienst...)

1. Naam :
Tel. : Fax. :

2. Naam :
Tel. : Fax. :

AANVULLENDE HULP

Aangevraagd : Ja / Nee

HERSTELOORD OF REVALIDATIECENTRUM TIJDIG AANVRAGEN!!!

Overzicht thuiszorgdiensten :

- *thuisverpleging* : kan aangevraagd worden ofwel via de mutualiteit ofwel bij georganiseerde diensten ofwel bij een zelfstandige thuisverpleegkundige uit de buurt
- *kinesitherapie* : thuis kinesitherapeut of in een ziekenhuis
- *hulpmiddelen in de thuiszorg* : (o.a. bed, loophulp, krukken, WC-verhoger, personenalarmsysteem....) : via uitleendienst van de mutualiteit, Rode Kruis, apotheker of bandagist
- *warme maaltijden* : via dienstencentrum, het OCMW of een private dienst
- *gezins- en bejaardenhulp* : via het ziekenfonds, het OCMW of onafhankelijke diensten – **zeker één week op voorhand aan te vragen**
- *poetsing* : via ziekenfonds, OCMW of onafhankelijke diensten – **zeker één week op voorhand aan te vragen**
- *revalidatiecentrum* : aanvragen via het ziekenhuis – **enkele weken op voorhand aan te vragen**

Indien u hieromtrent verder uitleg wenst, kan u steeds terecht bij uw huisarts of de sociale dienst van het ziekenhuis : tel . : 051/23.62.13

Sociale enquête :

In te vullen door de patiënt – vóór consult aan huisarts :

1. mantelzorg :

Woont U samen met iemand ?

Ja/Nee

Indien ja,

Naam :	1 .	2 .	3 .
Leeftijd :			
is die persoon in staat u te helpen ?	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
is die persoon zelf hulpbehoevend ?	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
Gaat die persoon uit werken ?	Ja/Nee	Ja/Nee	Ja/Nee
Verwantschap : (echtgenoot, zoon...)			

Indien nee,

kan U beroep doen op anderen (familie, kennissen...)

Ja/Nee

Indien ja,

Wie ?

Waarvoor ?

Leeftijd ?

Telefoonnummer ?

2. Situatie voor opname : is er al thuiszorg door formele of private diensten?

Ja/Nee

Indien ja, welke ?

Soorten hulpverlening:	Naam van de dienst + frequentie
Thuisverpleegkundige	
Thuiskinesist	
Warme maaltijden	
Klusjesdienst	
Personenalarmtoestel	
Poetshulp	
Gezins-en bejaardenhulp	
Andere (zoals brood aan huis, melkboer...)	

Informatie in te vullen door de patiënt

Indien nee, wie stond er dan in voor :

- maaltijden :
- poetsen :
- boodschappen :
- was :

Zullen deze personen na de operatie deze taken verder op zich (kunnen) nemen ?
Ja/Nee

Indien nee, gelieve dan regelingen te treffen. Deze dienen te gebeuren vóór de informatievergadering in het ziekenhuis.
Gelieve betrokken instanties aan te vullen op pagina 3 !!!

3. Situatie vóór opname : zelfzorg - ADL

Bent U in staat om :

- * zichzelf te verplaatsen ? Ja/Nee
⇒ indien nee, met hulpmiddelen ? Ja/Nee
zo ja, welke
- * zich te wassen en zich aan te kleden ? Alleen/Met hulp
⇒ indien met hulp : dagelijks/wekelijks
door wie ?

4. Andere

* hoe zal het vervoer van en naar het ziekenhuis geregeld worden ?

familie

kennis

ziekenvervoerdienst

Naam :

Contactadres : straat
postnr.....

- * zijn er huisdieren ? Ja/Nee
indien ja, gelieve dan een regeling voor hun verzorging te treffen voor de periode tijdens
ziekenhuisopname en herstel.

OPMERKING. :

Indien U niet over de nodige informatie beschikt, mag U dit laten invullen door uw huisarts.

In te vullen door de patiënt en na te kijken door huisarts

Handtekening + datum PATIËNT	Handtekening + datum HUISARTS
---------------------------------	----------------------------------

Informatie in te vullen door de patiënt

Stempel

18. Bent u kort van adem, als u plat ligt op bed zonder kussens onder uw hoofd? Ja / Neen
19. Hebt u vaak gezwollen enkels of voeten? Ja / Neen
20. Bent u het laatste jaar flauwgevallen of onwel geworden? Ja / Neen
21. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van de volgende aandoeningen?
* spataders in de benen Ja / Neen
* flebitis in de benen Ja / Neen

3. Mond, luchtwegen en longen

22. Hebt u een kunstgebit? Ja / Neen
Zo ja, is het een los of vast gebit? (schrappen wat niet past)
23. Hebt u loszittende tanden? Ja / Neen
24. Kunt u uw mond volledig opendoen? Ja / Neen
25. Hebt u één van de volgende aandoeningen? * astma Ja / Neen
* chronische bronchitis Ja / Neen
* tuberculose Ja / Neen

4. Maag, darmen en lever.

26. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van één van de volgende aandoeningen:
*een maagbreuk? Ja / Neen
*geelzucht? Ja / Neen
*een leveraandoening? Ja / Neen
*een maagzweer? Ja / Neen

5. Nieren.

27. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van een nieraandoening? Ja / Neen

6. Bloed.

28. Bloedt u abnormaal lang na:
* een snijwonde? Ja / Neen
* een tand uittrekken? Ja / Neen
* een operatie? Ja / Neen
* neusbloeding? Ja / Neen

7. Stofwisseling.

29. Hebt u suikerziekte? Ja / Neen
30. Hebt u de laatste 6 maanden cortisone ingenomen? Ja / Neen
31. Lijdt u aan of hebt u ooit last gehad van uw schildklier? Ja / Neen

8. Zenuwstelsel.

32. Lijdt u of hebt u ooit één van de volgende zenuwaandoeningen gehad?
▪ epilepsie Ja / Neen
▪ hersentrombose / hersenbloeding Ja / Neen
▪ verlamming of krachtsvermindering Ja / Neen
▪ zenuwletsel Ja / Neen
▪ multiple sclerose Ja / Neen
▪ migraine Ja / Neen

9. Rug en spieren.

33. Hebt u nu of vroeger last gehad van de rug?

Ja / Neen

34. Lijdt u of een familielid aan een spieraandoening?

Ja / Neen

10. Verloskunde.

35. Bent u of zou u zwanger kunnen zijn?

Ja / Neen

Geachte collega, gelieve de huidige geneesmiddelen van de patiënt te noteren.

<i>Datum</i>	<i>Geneesmiddel naam, vorm, dosis</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Startdatum</i>	<i>Stopdatum</i>

Stempel van de huisarts a.u.b.

Belangrijke opmerking :

Het is erg belangrijk dat de patiënt zijn huidige medicatie ononderbroken verder blijft nemen. Wie nuchter opgenomen moet worden, neemt toch zijn geneesmiddelen met een glaasje water, ook de dag van de operatie.

Indien de patiënt coumarinederivaten inneemt of therapeutische laag moleculair gewicht heparines toegediend krijgt, gelieve een consultatie anesthesie af te spreken (cfr. pag 9 onderaan)

Indien niet vitaal, gelieve de bloedverdunners 1 week vóór de operatie te stoppen. ACE inhibitoren zoals Zestril, Inhibace, enz.. 1 dag vóór de operatie.

Vóór uw operatie zal u de anesthesist persoonlijk ontmoeten. U kunt hem hieromtrent de nodige vragen stellen.

Indien de patiënt medicatie neemt, waarbij een attest van de adviserend geneesheer vereist is, gelieve een kopie van het attest bij te voegen.

Geachte collega,

Gelieve vorige vragenlijst te controleren en volgende gegevens aan te vullen en mee te geven vóór de voorlichtingssessie van de patiënt. Graag een kopie van het eventueel laatste internistisch verslag.

Indien problemen, graag contact opnemen met de anesthesioloog van wacht- telefoon 051/ 23. 61. 11

Gelieve het ECG, laboformulier en eventueel RX protocol in het plastic mapje te steken a.u.b.

DUS GRAAG ALLE ONDERZOEKEN KLAAR TEGEN DE VOORLICHTINGSSESSIE! (DATUM : ZIE OVERZICHTSKLEVER)

1. Anamnese

Lijdt de patiënt aan een aandoening(en), die niet vermeld staat(n) in vorige vragenlijst? Ja / Neen

Zo ja, welke aandoening(en)?

.....

2. Klinische onderzoek :

Gewicht : Lengte :

Respiratoir :

Cardiaal :

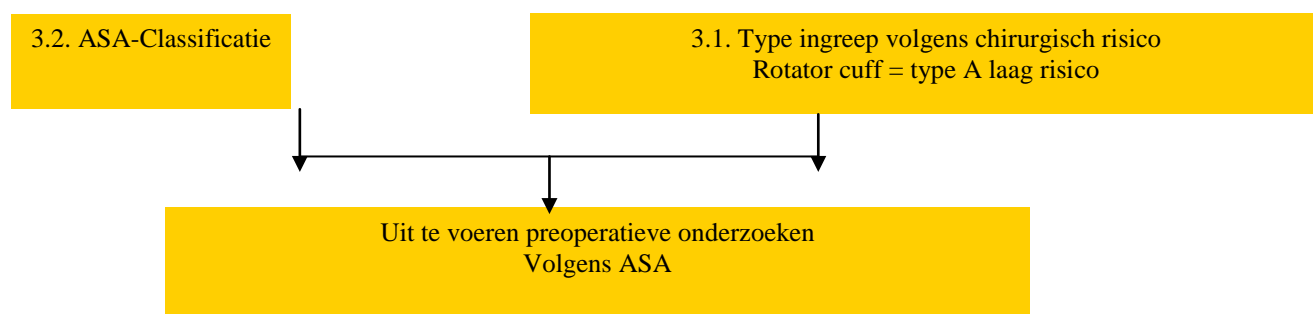
Bloeddruk : Pols :

Vasculair :

Abdominaal onderzoek :

Andere :

3. Praktische richtlijnen voor de preoperatieve onderzoeken uit te voeren door de huisarts.



Strategie voor de huisarts: aan de hand van de ASA - classificatie en het type ingreep worden preoperatieve onderzoeken uitgevoerd, zoals vermeld in de flowchart op pag. 10.

Afspraak voor consult anesthesie is, indien noodzakelijk, (alle ASA III/IV/V, alsook coumarine-gebruikers en patiënten met therapeutische laag moleculair gewicht heparines), te regelen via de chirurg.

Datum :dag .../.../..... om : uur

3.1. ASA-classificatie systeem.

- ASA I: Een normale gezonde patiënt, zonder organische, psychologische of psychiatrische afwijkingen.
Voorbeelden: gezonde persoon met een goede inspanningstolerantie
- ASA II: Een patiënt met een gecontroleerde medische aandoening zonder significante systemische effecten.
Voorbeelden: gecontroleerde hypertensie, gecontroleerde diabetes mellitus zonder systemische effecten; goed gecontroleerde longaandoening zonder intermitterende symptomen (vb.astma bronchiale); milde obesitas
- ASA III: Een patiënt met een medische aandoening met significante systemische effecten intermitterend geassocieerd met een significante functionele beperking.
Voorbeelden: gecontroleerde chronische hartinsufficiëntie, stabiele angor, oud myocardinfarct, slecht gecontroleerde hypertensie, morbide obesitas, bronchospastische aandoening met intermitterende symptomen, chronische nierinsufficiëntie
- ASA IV: Een patiënt met een slecht gecontroleerde medische aandoening geassocieerd met een significante disfunctie en een potentieel levensgevaar.
Voorbeelden: onstabiele angor, invaliderende symptomatische COPD, symptomatische chronische hartinsufficiëntie, hepatorenaal falen.
- ASA V: Een patiënt met een kritische medische aandoening geassocieerd met een kleine overlevingskans met of zonder een heelkundige ingreep.
Voorbeelden: multi-orgaanfalen, sepsis, ernstige hypothermie, slecht gecontroleerde

Type A ingreep		Preoperatieve technische onderzoeken	Aan-kruisen
ASA I	man < 50 j/ vrouw < 60 j	geen preoperatieve onderzoeken nodig, tenzij neonaten waarbij een complet dient te gebeuren	
	Man >50 j/ vrouw > 60 j	ECG	
	> 75 jaar	ECG, complet, ur/creat, glycemie, RX thorax	
ASA II	man < 50 j/ vrouw < 60 j	bijkomende onderzoeken gebeuren i.f.v. de medische aandoening (zie bijgevoegde tabel pag.11);	
	man >50 j/ vrouw > 60 j	ECG; bijkomende onderzoeken gebeuren i.f.v. de medische aandoening (zie bijgevoegde tabel pag.11)	
	> 75 jaar	ECG, complet, ur/creat, glycemie, RX thorax bijkomende onderzoeken gebeuren i.f.v. de medische aandoening (zie bijgevoegde tabel pag.11)	
ASA III, ASA IV, ASA V		ECG, RX thorax, complet, ionen, ur/creat, glycemie, stolling. Hierna consultatie anesthesie	

Medische lijst ASA klasse II.***Patiënt met een gecontroleerde medische aandoening zonder significante systemische effecten****Voorbeelden:*

- Goed gecontroleerde arteriële hypertensie (AHT) zonder significante systemische effecten.
- Goed gecontroleerde diabetes zonder significante systemische effecten.
- Goed gecontroleerde astma bronchiale zonder intermitterende symptomen en zonder significante systemische effecten.

Preoperatieve conditie	Compleet	Na,K, Cl	Ur/creat	Stolling	Glycemie	Levertest	ECG	RX thorax
Goed gecontroleerde AHT	-	-	-	-	-	-	X	-
Goed gecontroleerde astma bronchiale	-	-	-	-	-	-	-	-
Anticoagulantia/coagulopathie	X	-	-	X	-	-	-	-
Gecontroleerde diabetes	-	X	X	-	X	-	X	-
Roken (> 20 pak-jaar)	X	-	-	-	-	-	X	X
Diuretica	-	X	X	-	-	-	X	-
Digoxine	-	X	X	-	-	-	X	-
Steroïden	-	X	-	-	X	-	-	-

SOORTEN VERBAND: ZIE KEERZIJDE

ADDUCIE- VERBAND



ABDUCTIE - APPARAAT





REVALIDATIE NA ROTATOR CUFF HERSTEL: abductie-apparaat

- week 1 - 4: - abductie-apparaat gedurende 4 weken
 - enkel passieve mobilisatie in abductie, propulsie en retropulsie boven niveau abductie-apparaat tijdens de immobilisatieduur. Progressief naar 170° elevatie - abductie. Strikt adductie-verbod gedurende deze periode.
- week 5 - 6: - apparaat aflaten
 - mobilisatie:
 - passief en actief geassisteerd
 - pendel en katrol oefeningen
 - geïsoleerd glenohumeraal mobiliseren met scapulothoracale fixatie: preventie frozen shoulder
 - ROM ongelimiteerd, progressief opdrijven
 - anti-inflam:
 - US
 - iontoforese
 - warmte
 - ijs
- > 6 weken:
 - idem
 - tonificaties van rotator cuff: San Antonio programma exo - endo -abd - propulsie - retropulsie
 - progressief opbouwen
 - nadien excentrische tonificaties
- massage:
- frequentie: 5x / week duur: 30x



REVALIDATIE NA ROTATOR CUFF HERSTEL: adductieverband

week 1 - 4:

- adductie-verband DePuy gedurende 2-3 weken
- enkel passieve mobilisatie in abductie, propulsie en retropulsie progressief boven schouder niveau.
- Pendel- en katroloefeningen
- Strikt verbod op zelfstandig actieve abductie

week 5 - 6:

- verband aflaten
- mobilisatie: passief en actief geassisteerd
 - pendel en katrol oefeningen
 - geïsoleerd glenohumeraal mobiliseren met scapulothoracale fixatie: preventie frozen shoulder
 - ROM ongelimiteerd, progressief opdrijven
- anti-inflam: US
 - iontoforese
 - warmte
 - ijs
- arm nog niet zelfstandig opheffen

> 6 weken:

- idem
- tonificaties van rotator cuff: San Antonio programma exo - endo - abd - propulsie - retropulsie / actief
- progressief opbouwen
- nadien excentrische tonificaties

massage:

frequentie: 5x / week duur: 30x

Datum: / /

*Voorschrift voor verpleegkundige zorgen post-operatief
In te vullen door huisarts.*

Voorschriftformulier

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam van de patiënt :

.....

Gerechtigde – Echtgenote – Kind – Ascendent

(1) Schrapen wat niet past

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

Adres van de gerechtigde :.....

.....

(Hierna invullen of kleeftbriefje V.I aanbrengen)

Naam en voornaam van de gerechtigde :.....

.....

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :.....

VERSTREKKINGEN

Aard van de verzorging :

wondzorg : DAV

.....

.....

.....

Frekventie : 1 x daags

.....

Duur : 2 weken

.....

Reden : medische verzorging : postoperatieve zorg

.....

VOORSCHRIJVER

Naam en voornaam :.....

Adres :.....

RIZIV Ident. Nr.....

Datum :

Handtekening :.....

Hier afknippen door thuisverpleegkundige

NAAM PATIENT

LEEFTIJD:

GESLACHT:

AANGETASTE ZIJDE

RECHTS

LINKS

BENT U

RECHTSHANDIG

LINKSHANDIG

BEROEP:

Hoelang heeft U al last van de schouder ?

.....

Is het begonnen met een val/ongeval ?

JA / NEEN

Zo ja, had U voordien ook al wel eens last van die schouder ?

JA / NEEN

Is de pijn eerder spontaan begonnen zonder val/ongeval ?

JA / NEEN

CONSTANT-MURLEY SCORE

PIJN (max = 15)	
Geen	15
Licht	10
Gematigd	5
Ernstig	0
ADL (max = 20)	
Activiteitsniveau: <u>(huishoudelijk) werk</u>	
100% van normaal	4
75%	3
50%	2
25%	1
niets mogelijk	0
<u>gewoonlijke vrijetijdsbesteding</u>	
100% van normaal	4
75%	3
50%	2
25%	1
niets mogelijk	0
Normale slaap	2
Positionering van hand:	
tot middel	2
tot xiphoid	4
tot nek	6
tot op het hoofd	8
boven hoofd	10
FLEXIE EN ABDUCTIE (max = 20, 10 voor elk)	
0 tot 30°	0 0

Copyright Orthopedie Roeselare

www.orthopedie-roeselare.be

19

31 tot 60°	2	2
61 tot 90°	4	4
91 tot 120°	6	6
121 tot 150°	8	8
151 tot 180°	10	10
EXOROTATIE (handpositie) (max = 10)		
Achter hoofd, elleboog voorwaarts		2
Achter hoofd, elleboog naar achter		2
Top van hoofd, elleboog naar voor		2
Top van hoofd, elleboog naar achter		2
Volledige elevatie van kruin		2
ENDOROTATIE (positie dorsale zijde van hand) (max = 10)		
Laterale zijde van de dij		0
Broekzak		2
Lumbosacraal gewricht		4
Middel (L3)		6
T12		8
Interscapulair (T7)		10
ISOMETRISCHE KRACHTTEST		
60° elevatie, 30° horizontale adductie		/25

Scores van de individuele parameters

Pijn	/15
Activiteit van het dagelijks leven	/20
Mobiliteit	/40
Kracht	/25

TOTAALSCORE: /100

|p|

flexie:

abductie:

exorotatie:

functionele endorotatie :

shoulder pain and disability index

pijn:%

functie:.....%

spadi:.....%

VIER MAAND POSTOPERATIEF**NAAM PATIENT**

LEEFTIJD:

GESLACHT:

AANGETASTE ZIJDE
BENT URECHTS
RECHTSHANDIGLINKS
LINKSHANDIG

BEROEP:

Hoelang heeft U al last van de schouder ?

Is het begonnen met een val/ongeval ?

.....

JA / NEEN

Zo ja, had U voordien ook al wel eens last van die schouder ?

JA / NEEN

Is de pijn eerder spontaan begonnen zonder val/ongeval ?

JA / NEEN

CONSTANT-MURLEY SCORE

PIJN (max = 15)	
Geen	15
Licht	10
Gematigd	5
Ernstig	0
ADL (max = 20)	
Activiteitsniveau: <u>(huishoudelijk) werk</u>	
100% van normaal	4
75%	3
50%	2
25%	1
niets mogelijk	0
<u>gewoonlijke vrijetijdsbesteding</u>	
100% van normaal	4
75%	3
50%	2
25%	1
niets mogelijk	0
Normale slaap	2
Positionering van hand:	
tot middel	2
tot xiphoid	4
tot nek	6
tot op het hoofd	8
boven hoofd	10

FLEXIE EN ABDUCTIE (max = 20, 10 voor elk)		
0 tot 30°	0	0
31 tot 60°	2	2
61 tot 90°	4	4
91 tot 120°	6	6
121 tot 150°	8	8
151 tot 180°	10	10
EXOROTATIE (handpositie) (max = 10)		
Achter hoofd, elleboog voorwaarts		2
Achter hoofd, elleboog naar achter		2
Top van hoofd, elleboog naar voor		2
Top van hoofd, elleboog naar achter		2
Volledige elevatie van kruin		2
ENDOROTATIE (positie dorsale zijde van hand) (max = 10)		
Laterale zijde van de dij		0
Broekzak		2
Lumbosacraal gewricht		4
Middel (L3)		6
T12		8
Interscapulair (T7)		10
ISOMETRISCHE KRACHTTEST		
60° elevatie, 30° horizontale adductie		/25

Scores van de individuele parameters

Pijn	/15
Activiteit van het dagelijks leven	/20
Mobiliteit	/40
Kracht	/25

TOTAALSCORE: /100

|p|

flexie:

abductie:

exorotatie:

functionele endorotatie :

shoulder pain and disability index

pijn:%

functie:.....%

spadi:.....%

TOESTAND 4 MAAND NA DE OPERATIE (UCLA)

1/	<u>PIJN</u> : ik heb	
	Continue pijn, ondraaglijk, frequent zware pijnstillers nodig	1
	Continue pijn, wel draaglijk, af en toe zware pijnstillers nodig	2
	Pijn tijdens lichte inspanning, geen rustpijn, af en toe pijnstillers	4
	Enkel pijn bij zware inspanning, occasioneel pijnstillers	6
	Occasioneel lichte pijn	8
	Geen pijn	10
<hr/>		
2/	<u>FUNCTIE</u>	
	Het is onmogelijk om mijn arm te gebruiken	1
	Ik kan slechts lichte activiteit doen	2
	Licht huishoudelijk en dagelijks werk is mogelijk	4
	Ik kan het meeste huishoudelijk werk, winkelen en wagen besturen, alsook haar kammen, aan/uitkleden	6
	Werk boven schouder niveau is mogelijk, slechts lichte beperking	8
	Ik kan mijn normale bezigheden uitvoeren	10
<hr/>		
3/	<u>ACTIEF VOORWAARTSE FLEXIE</u>	
	≥ 150°	5
	120-150°	4
	90-120°	3
	60-90°	2
	30-60°	1
	< 30°	0
<hr/>		
4/	<u>KRACHT VOORWAARTSE FLEXIE</u>	
	gr 5 (normaal)	5
	gr 4 (goed)	4
	gr 3 (matig)	3
	gr 2 (zwak)	2
	gr 1 (spiercontractie)	1
	gr 0 (niets)	0
<hr/>		
5/	<u>VOLDOENING</u>	
	Ik ben tevreden over de ingreep/beter dan voor de operatie	5
	Ik ben niet tevreden over de ingreep/slechter dan voor de operatie	0

TOTAALSCORE: /35

OPVOLGING DOOR DE HUISARTS	
PROBLEEM	VOORSTEL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OPVOLGING DOOR DE SPECIALIST	
PROBLEEM	VOORSTEL

