

Inskrivningsformulär för brukare

Returnera formuläret via email till info@ossur.com.

Detta formulär måste fyllas i fullständigt för att få godkännande av design och tillverkning.

Klinik:	Klinikerns namn:	Email:	Telefon:
Leveransadress (eller postbox)		Stad, region:	Postnummer:
Patient-ID*:		Datum för storleksprovning av ringar:	
Brukarens födelsedatum:		Datum för sista kirurgiska ingrepp:	
Brukarens kön:	Man Kvinna Annat	Brukarens yrke:	
Dominant hand:	Ja Nej	Är det en arbetsskada? Ja Nej	
Kryssa i alla drabbade fingrar Vänster 1 2 3 4 5 Höger 1 2 3 4 5		Typ av försäkring:	
Brukarens email/telefon. Endast för insamling av data från utvärderingsinstrument (valfritt)		Remittent:	

Orsak till avsaknad av fingrar? Trauma: Sepsis Dysvaskulär Cancer: Medfödd Annan:	
Har brukaren bytt eller förlorat sitt jobb p.g.a. amputationen? Ja Nej	
Upplever brukaren något av följande? Ödem Begränsad flexion i fingrarna Andra bekymmer som kan påverka funktionen (förklara): Hypersensitivitet Begränsad extension i fingrarna Kraftlöshet Volymfluktuationer	
Är brukaren knuten till en handterapeut (HT) eller arbetsterapeut (AT)? Ja Nej Om ja, vänligen uppge terapeutens kontaktinformation:	
Har brukaren provat några andra proteslösningar? Ja Nej Om ja, vilka: _____ Om nej, vill brukaren bli kontaktad för en konsultation? Ja Nej	

BRUKARENS MÅL – Ange de 5-i-topp-sysslor som görs med händerna och där protesen kommer att hjälpa till (dvs. skriva, skära mat, hamra, etc.).	
1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	

ÖVRIGA KOMMENTARER

Intresserad av att förlänga vår standardmässiga (2) års garanti?

FÖRÄNGD GARANTI: kryssa i den här rutan för att markera att du vill förlänga vår standardmässiga garanti med (1) år till en extra kostnad. OBS: Den förlängda garantin måste köpas inom 30 dagar från det att protesen (proteserna) skickats.

Jag intygar på heder och samvete att informationen ovan är korrekt. Jag förstår att de här uppgifterna kommer att användas för att designa en fullt skraddarsydd protes. Genom att underteckna formuläret accepterar jag ansvaret för informationen i det.

I detta sammanhang samtycker jag uttryckligen till Össurs hantering av personuppgifter, måttformulär och media i den utsträckning som krävs för att testa, beställa och leverera Naked Prosthetics produkter. Össurs hantering ska ske i enlighet med dataskyddskrav enligt gällande allmänna lagbestämmelser. Jag är medveten om att medgivandet när som helst kan återkallas och att det görs genom att meddela Össurs Dataskyddsombud (dpo@ossur.com).

*Se till att använda kodat patient-ID, inte brukarens namn.

Klinikerns signatur: _____

Datum: _____

Kontakta Customer Support för en uppladdningslänk för dina videor, foton och skannade formulär på info@ossur.com.

PIPDriver®, MCPDriver®, ThumbDriver® och GripLock Finger® | Riktlinjer för inskickad media

VIDEOR + FOTON

Foton och videor krävs för att vi ska kunna skräddarsy protes(-erna) åt brukaren. Filstorleken på foton och videor måste vara åtminstone **400kb** och visa varje drabbat finger obehindrat.

FOTON

Vänligen se till att handdetaljer (dvs. palmara veck) och linjalens markeringar/skalstreck/siffror syns tydligt på varje foto.

- Vinkelrätt foto med linjal – fingrarna extenderade, palmar vy
- Vinkelrätt foto med linjal – fingrarna extenderade, dorsal vy

ROM-VIDEOR

Videorna som bifogas måste visa det/de drabbade fingret/fingrarna i:

- Full flexion och extension – palmar vy
- Full flexion och extension – dorsal vy

Säkerställ att vecklinjerna på det/de drabbade fingret/fingrarna syns på bilden. Märk ut vecklinjerna på bilden om de inte syns.

Linjalens skalstreck måste vara tydliga på bilderna.

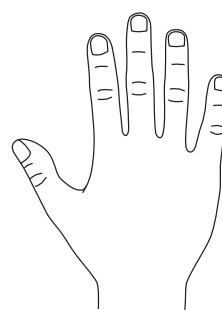
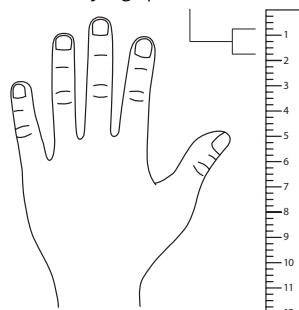
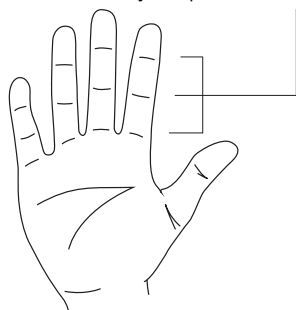
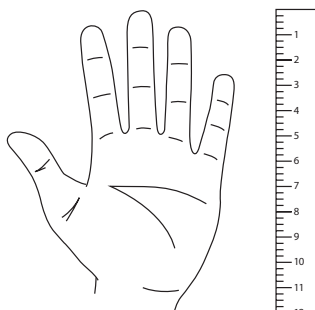


FOTO - PALMAR VY

(Måste inkludera båda händerna)

FOTO - DORSAL VY

(Måste inkludera båda händerna)

Det är av största vikt att båda händerna är placerade **så platt som möjligt** mot en flat yta och att bilderna tas **direkt ovanför** (vinkelrätt mot) händerna och på ca **60 cm avstånd** för att undvika alla eventuella förvrängningar av fotona. **Om bilderna inte tas enligt Naked Prosthetics standarder kan det leda till att formuläret måste lämnas in ånyo.**

YTTERLIGARE FOTON SOM KRÄVS AV DET DRABBADE FINGRET/DE DRABBADE FINGRARNA

- Ta ett foto rakt framifrån (i fingrets förlängning) på varje finger med vald storleksring på
- Dorsal vy – med alla storleksringarna på och ringstorleken synlig i mätpositionen

Checklista för ansökan (kryssa i när färdig)

Inskrivningsformulär

Storleksformulär

MCPOrderar avseende Driver och ThumbDriver

Bild a

QuickDASH (Poäng: _____)

Gipspositiv

Bild b

ROM-videor

Kontakta Customer Support för en uppladdningslänk för dina videor, foton och skannade formulär på info@ossur.com.

PIPDriver®

Patient-ID: _____

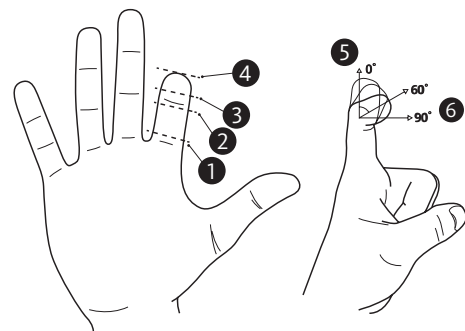
Kliniker: _____

STORLEK OCH RÖRELSEOMFÅNG (ROM)

Notera de 6 måtten i lämplig ruta i storleksformuläret nedan; fyll i ringstorlek och kryssa i vald ringform samt fyll i mätvärdena för rörelseomfånget (ROM). Använd endast ringstorlekarna angivna i Naked Prosthetics ringsats som referens.

Använd ritningen som referens för måttagningen:

- ① ringstorlek vid fingrets bas där en ring vanligtvis bärs
- ② ringstorlek vid PIP-leden (knogen)
- ③ ringstorlek vid basen av andra falangen
- ④ ringstorlek distalt på andra falangen
- ⑤ extension i PIP-leden (använd en goniometer)
- ⑥ flexion i PIP-leden (använd en goniometer)



* välj en tätt sittande ringstorlek för varje mått som anges. En oval ringstorlek motsvarar **inte** samma storlek som för den runda och vice versa. För varje mått, **kryssa i** huruvida du använde en rund eller oval ring.

VÄNSTER HAND

	L2pek	L3lång	L4ring	L5lill
① proximala basen	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
② PIP leden	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
③ basen av andra falangen	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
④ distalt på andra falangen	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
⑤ PIP leden extension	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
⑥ PIP leden flexion	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Capacitive Tip ytterligare kostnader tillkommer.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

HÖGER HAND

	R2pek	R3lång	R4ring	R5lill
① proximala basen	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
② PIP leden	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
③ basen av andra falangen	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
④ distalt på andra falangen	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund	_____ oval rund
⑤ PIP leden extension	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
⑥ PIP leden flexion	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Capacitive Tip ytterligare kostnader tillkommer.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

ÖVRIGA KOMMENTARER

MCPDriver® och ThumbDriver®

Patient-ID: _____

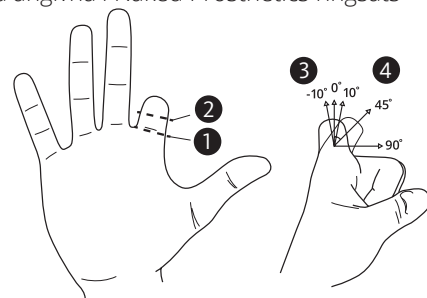
Kliniker: _____

STORLEK OCH RÖRELSEOMFÅNG (ROM)

Notera de följande fyra måtten i lämplig ruta i storleksformuläret nedan med den motsvarande i ringstorleken och kryssa i vald ringform samt fyll i mätvärdena för rörelseomfånget (ROM). Använd endast ringstorlekarna angivna i Naked Prosthetics ringsats som referens.*

Använd ritningen som referens för mättagningen:

- ① ringstorlek vid fingrets bas där en ring vanligtvis bärs
- ② ringstorlek halvvägs mellan fingrets bas och stumpändan
- ③ extension i MCP-leden (använd en goniometer, hyperextension ger ett negativt värde)
- ④ flexion i MCP-leden (använd en goniometer)



* välj en tätt sittande ringstorlek för varje mått som anges. En oval ringstorlek motsvarar **inte** samma storlek som för den runda och vice versa. För varje mått, **kryssa i** huruvida du använde en rund eller oval ring.

VÄNSTER HAND

	L1tumme	L2pek	L3lång	L4ring	L5lill
① proximala basen	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund
② första mellanfalangen	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund
③ extension i MCP-leden	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund
④ MCP leden flexion					

HÖGER HAND

	R1tumme	R2pek	R3lång	R4ring	R5lill
① proximala basen	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund
② första mellanfalangen	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund
③ extension i MCP-leden	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund	oval rund
④ MCP leden flexion					

Välj bland alternativen nedan vad som ska användas för respektive finger. För ring med hål för silikoninlägg, se bilderna här intill:



Ja, med hål för silikoninlägg



Nej, utan hål för silikoninlägg

Hål för silikoninlägg**	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Hål för silikoninlägg**	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

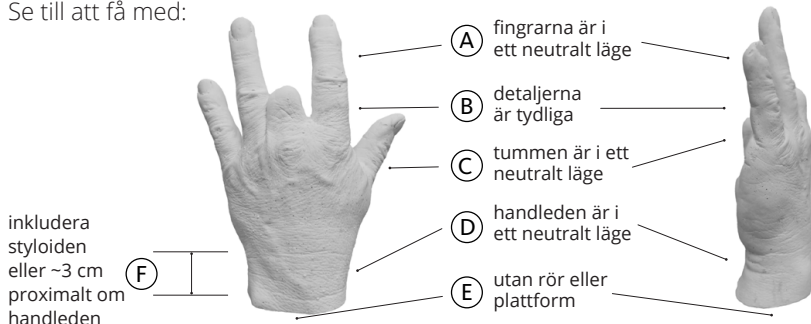
**Om inget val görs kommer vårt erfarna team att bestämma det mest lämpliga alternativet för presentationen.

Capacitive Tip ytterligare kostnader tillkommer.					

Capacitive Tip ytterligare kostnader tillkommer.					

GIPSAVGJUTNING AV HANDEN (helst silikonavgjutning)

Se till att få med:



Alginat



Silicon



Video

Använd kameran i din telefon för att komma åt Naked Prosthetics avgjutningsinstruktioner med silikon eller alginat.

PIPDriver®, MCPDriver® och ThumbDriver® | Val av färg, textur och titan

Besök npdevices.com eller använd ditt demo-kit för visuell hjälp.

Patient-ID: _____ Kliniker: _____

STEG 1: Färgval protes



Raven



Slate



Deep Sea



Merlot



Forest



Dark Plum



Marina



Glacier



Shamrock

STEG 2: Val av fästskruvar i titan



Silver



Brass



Sky



Cobalt



Jade



Blush

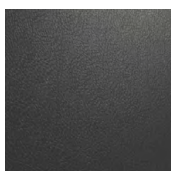


Indigo

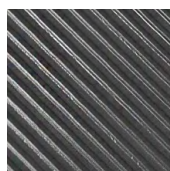


Emerald

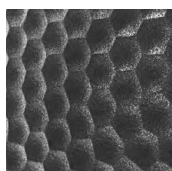
STEG 3: Val av textur



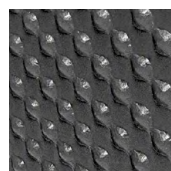
Naturlig



Manchester



Grus



Prickar



Blomster**

** Ej tillgängligt för PIPDriver

REFERENS: För val av textur och fästskruvar i titan

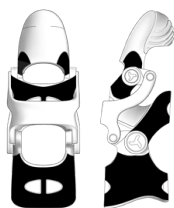
Se de förenklade bilderna nedan för att se var de olika texturerna och färger på fästskruvar kan användas. Alla ställen där textur kan användas visas med svart färg.

Obs: Textur och fästskruvar i titan är inte tillgängliga för GripLock Finger (beställ GLF på nästa sida)

PIPDriver

TEXTURAPPLIKATION:

naturlig, manchester, grus, punkter



PLACERING AV FÄSTSKRUVAR:

proximala och distala fästen

ThumbDriver

TEXTURAPPLIKATION:

naturlig, manchester, grus, punkter, blomster



PLACERING AV FÄSTSKRUVAR:

ankarplatta och koppling

MCPDriver

TEXTURAPPLIKATION:

naturlig, manchester, grus, punkter, blomster



PLACERING AV TITANFÄSTEN:

uppspänningsplatta och ringfästen

Observera att på grund av tillverkningsprocessen kan variationer i färg, nyans och ton av nylonkomponenter och anodiserade fästelement förekomma.

GripLock Finger®

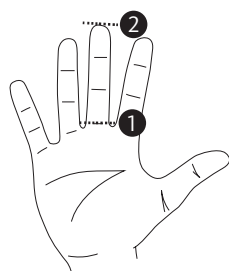
Patient-ID: _____ Kliniker: _____

Följande ingår i varje köp av GripLock Finger:

- GLF verktygslåda
- Inlamineringsankare för inriktning och slutlig laminering
**ytterligare ankare kan beställas via kundtjänst*
- Motsvarande dummy finger

STORLEK OCH RÖRELSEOMFÅNG

Mät avståndet från det palmara fingervecket (1) till den distala änden av fingertoppen (2) på varje motsvarande intakta finger för att uppskatta lämplig längd på GripLock Finger. Använd följande tabell för att registrera uppmätta mått:



Mått för intakta fingrar

Intakt finger	pek	lång	ring	lill
Längd (mm)	_____ mm	_____ mm	_____ mm	_____ mm

Storlek på GripLock Finger

Utgå från ovan angivna mått för att välja den mest lämpliga GripLock Finger-storleken för respektive finger. Beakta eventuell ökad funktionell längd innan beslut tas om slutgiltig fingerlängd då proteshylsans tjocklek kan påverka den faktiska längden.

Ange det antal fingrar som du vill beställa i respektive ruta nedan.

Längd	Antal	Capacitive <i>*Ytterligare kostnader tillkommer</i>
65 mm		
70 mm		
75 mm		
80 mm		
85 mm		
90 mm		

INRIKTNINGSJIGG

Kryssa i om du önskar beställa en extra inriktningsjigg med det här köpet.

Färgval

