

1

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Välkommen till HAKIR - Handkirurgiskt kvalitetsregister!

Här fyller du i dina kontaktuppgifter för att vi ska kunna skicka nya inloggningsuppgifter till dig när det är dags för uppföljningen, 3 och 12 månader efter din operation. Välj ett av alternativen:

Kontaktuppgifter före Operation

Fyll i dina kontaktuppgifter och klicka på skicka så kommer du automatiskt vidare till enkäten. Alla uppgifter är obligatoriska

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

Mobiltelefonnummer (070-123 12 31)

Mailadress:

Upprepa mailadress:

Fyll i ditt **personnummer**
ditt **mobilnummer**
och din **mailadress** (två gånger)

Skicka

När du fyllt i alla frågor klickar du på **Skicka**

Efter operation

Har du fått dina nya inloggningsuppgifter och vill fylla i uppföljningsenkäten, 3 eller 12 månader efter din operation, så behöver du inte fylla i dina kontaktuppgifter igen utan kan istället klicka [här](#) för att komma direkt till enkäten.

Har du bytt mobilnummer eller mailadress?

Fyll i dina uppgifter under "före operation", skicka och fyll sedan i enkäten.

Vill du veta mer?

Du kan läsa mer om HAKIR i [patientinformationsbroschyren](#) och på hemsidan www.hakir.se. Vill du veta mer om hur dina personuppgifter behandlas så står det i [Patientdatalagen \(SFS 2008:355\)](#). Du kan också läsa mer om patientdatalagen hos [Datainspektionen](#).

2

Välkommen till patientenkäten!

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Enkäten består av två delar men du börjar med att ange dina inloggningsuppgifter, som du hittar på klisterlappen på baksidan av din broschyr. Efter operation fylls uppgifterna i automatiskt, om du loggar in via länken i det sms som du får eller har fått av oss.

Användar ID:

Lösenord:

De fyra sista siffrorna i ditt personnummer:

Datum

2015-05-18

Ange **användar-ID** och **lösenord** samt de **fyra sista siffrorna** i ditt personnummer.

Välj **rätt alternativ** (det behöver inte vara exakt)

Före operation 3 månader efter 12 månader efter

Jag är (ange den hand du skriver med)

Vänsterhänt Högerhänt Tvåhänt

Arm/hand som skall eller har opererats

Vänster Höger

Välj "**Före operation**",
ange vilken hand du skriver med och
vilken arm/hand som ska opereras.

Del 1: Patientenkät (arm/hand)

Den här delen gäller de besvär som du har haft den senaste veckan, i den arm/hand som ska eller har opererats. Om du ska opereras för en **akut** skada så är det viktigt att du anger de eventuella besvär som du hade **före** den aktuella skadan.

1. Smärta vid belastning

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem kan/vill ej svara

Lite Mycket

Fyll i hur ont du haft
0 är lite 100 är mycket

2. Smärta vid rörelser utan belastning

Inga problem 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Värsta tänkbara problem kan/vill ej svara

Del 2: Hälsoenkät (arm/axel/hand)

Här kryssar du i hur svårt du har att göra olika saker

Denna enkät berör Dina symtom och Din förmåga att utföra vissa aktiviteter. Svara på **varje fråga**, baserat på hur Du har mått **den senaste veckan**, genom att kryssa för ett svarsalternativ för varje fråga. Om det är någon aktivitet Du inte har utfört den senaste veckan får Du kryssa för det svar som Du bedömer **stämmer bäst** om Du hade utfört aktiviteten. Det har ingen betydelse vilken arm eller hand Du använder för att utföra aktiviteten. Svara baserat på Din förmåga oavsett hur Du utför uppgiften.

Lätt Omöjligt

	Ingen svårighet	Viss svårighet	Måttlig svårighet	Stor svårighet	Omöjligt att göra
1. Öppna en ny burk eller hårt sittande lock	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Utföra tunga hushållssysslor (t ex tvätta golv, putsa fönster, hänga tvätt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bära matkassar eller portfölj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tvätta din rygg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Har Du haft svårt att sova, under **den senaste veckan**, på grund av värk/smärta i arm, axel eller hand?

Inte alls Viss svårighet Måttlig svårighet Stor svårighet Mycket stor svårighet

Skicka

När du fyllt i alla frågor klickar du på **Skicka**