

Appendix 1

PATIENTENKÄT orbitabottenfraktur Datum:.....

1 **Födelsenr:**.....**Tel:**.....
Namn:.....
Adress:.....

2. Man Kvinna

3. Vill ej delta i studien. (Anledning:.....)

4. **Sysselsättning vid tidpunkten för skadan.**

Yrke: Pensionerad
Stud. Sjukpensionerad
Arbetslös

5. **När inträffade skadan?**(datum)

Inträffade skadan under arbetstid?

Ja
Nej

6. **Kvarstående besvär ett år eller mer efter operationen:**

a/ Besväras Du av någon **utseendeförändring?** Ja Nej

Vilken/Vilka?.....

Hur ofta besväras Du?.....

Hur upplever Du besvären?.....

b/ Har Du någon påverkan på **ögonen/synen?** Ja Nej

Vilken/Vilka?.....

Hur ofta besväras Du?.....

Hur upplever Du besvären?.....

c/ Upplever Du någon påverkan på **känslan?** Ja Nej

Hur?..... Var?.....

Hur ofta besväras Du?.....

Hur upplever Du besvären?.....

d/ Märker Du av några besvär när Du **äter/tuggar?** Ja Nej

Vilket/Vilka?.....

Hur ofta besväras Du?.....

Hur upplever Du besvären?.....

f/ Har du haft någon **bihåleinflammation** under året efter skadan? Ja Nej

Vilken sida?.....

Fick du någon behandling?.....

e/ **Övriga** kvarstående besvär efter skadan ? Ja Nej

Vilket/Vilka?.....

Hur upplever Du besvären?.....

7. Hur länge var Du sjukskriven med anledning av skadan?

Inte alls

1-7 dagar.

8-14 dagar.

15-21 dagar.

Mer än 21 dagar.

Fortfarande sjukskriven.

8. I det fall då detta är aktuellt; Gjorde Du polisanmälan?

Ja

Nej

Blev våldsmannen fälld?

Ja

Nej

9. Anmälde Du skadan till något försäkringsbolag?

Ja (Vilket?.....)

Nej

10. Har Du fått ekonomisk ersättning för skadan?

Ja (Varifrån har Du fått ersättningen?.....)

Nej

11. Har Du i efterhand haft kontakt med annan klinik med anledning av skadan?

Ögonklin.

Plastikkirurgisk klinik

Neurologisk klinik

Tandläkare/Bettfysiologisk klinik

Psykiatrisk klinik

Husläkare

Annan.Vilken?.....

12. Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

TACK FÖR HJÄLPEN!

Appendix 2

Ansiktsfraktur - patientenkät

Datum:..... Första besök Återbesök

Namn:.....

Personnr:.....

Skade-datum:.....

Deltager i studien Ja Nej

Upplever Du efter skadan påverkan på;

Markera med kryss på **alla** linjerna grad av symptom:

Syn

| Påverkad | Ja | Nej | | |
|----------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | Aldrig Besvärande | Ibland besvärande | Ofta besvärande | Alltid besvärande |
| Dubbelseende | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Suddigt seende | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | ----- | ----- | ----- | ----- |

Utseende

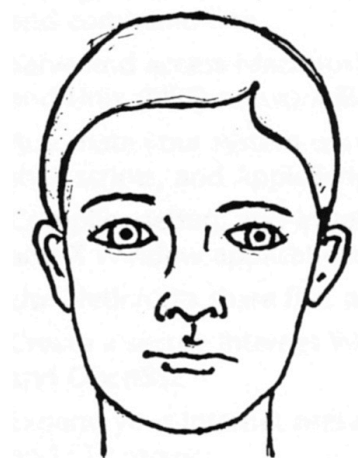
| Påverkat | Ja | Nej | | |
|-----------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | Aldrig Besvärande | Ibland besvärande | Ofta besvärande | Alltid besvärande |
| Synligt op-ärr | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Insjunket öga I | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Flack kind | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | ----- | ----- | ----- | ----- |

Ansiktsfraktur - patientenkät

Känsl

| Påverkad | Ja | Nej | | | | |
|----------------------------|----|-----|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | | | Aldrig besvärande | Ibland besvärande | Ofta besvärande | Alltid besvärande |
| Bedövnings-/domningskänsla | | | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Stickningar | | | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Smärta | | | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | | ----- | ----- | ----- | ----- |

Markera i bilden var din känsl är påverkad:



Är känslan i tänderna normal? Ja Nej

Gapning/Bett

| Påverkad | Ja | Nej | | | | |
|--------------------|----|-----|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | | | Aldrig besvärande | Ibland besvärande | Ofta besvärande | Alltid besvärande |
| Nedsatt gapförmåga | | | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Bettet stämmer ej | | | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | | ----- | ----- | ----- | ----- |

Vid återbesök;

Återbesök efter; 1v 1mån 6 mån 1 år Extra besök

Är Du nöjd med behandlingsresultatet? Ja Nej

Kommentar:.....

Har Du gjort polisanmälan? Ja Nej

Har Du anmält skadan till försäkringsbolag? Ja Nej

Appendix 3

Ansiktsfraktur - läkarprotokoll

Patient:

Skade-datum:.....Undersöknings-datum:.....

Första besöket

Återbesök efter 1v 1mån 6 mån 1 år Extra besök

Typ av trauma

Misshandel

Fall

Trafikolycka (Fordon:.....)

Slag

I samband med idrottsutövning (Typ av idrott:.....)

Alkoholpåverkan vid skadetillfället Ja Nej

Undersökningsfynd:

| | | | | | | | |
|----------------------|----|-----|-----------|--------------------|-----------------------|-----|--|
| Sida | Hö | Vä | | | | | |
| Enophthalmus | | Ja | Nej | | <u>Vid återbesök:</u> | | |
| Hak i margo | Ja | Nej | | Synligt ärr | Ja | Nej | |
| Avplanad kind | | Ja | Nej | Perm. scleral show | Ja | Nej | |
| Inskränkt gapning | | Ja | Nej | Ektropion | Ja | Nej | |
| (Max gap:.....mm) | | | | | | | |
| Bett-inkongruens | | Ja | Nej | | | | |
| Nedsatt sensibilitet | | Ja; | För vasst | För trubbigt. | Nej | | |

Hematom Nej Ja; markera med kryss. Grad av periorbital svullnad:

| | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| Ingen svullnad (Enbart missfärgning) | Lätt svullnad (Ögat öppet) | Måttlig svullnad (Kan öppna ögat) | Kraftigsvullnad. (Ögat kan öppnas endast manuellt) |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|--|

|-----|-----|-----|

Inskränkt elevation av ögat Ja Nej

Diplopi Nej Ja ((Markera blickriktning med kryss); Uppåt
Hö Nedåt Vä