

# Checklista vid utredning av misstänkt hypermobilitetsrelaterade besvär

Namn: \_\_\_\_\_

Födelsenummer: \_\_\_\_\_

## ANAMNES

☐ = ingår i hEDS-kriterierna

| Hereditet (förstegradssläkting)      | Ja                       | Nej                      | ?                        | Kommentar                                        |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| EDS-diagnos i familjen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förstegradssläkting = föräldrar, barn och syskon |
| Överrörlighet i familjen             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| Led-/muskelbesvär i familjen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| Känd kärlruptur/tidig död i familjen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vEDS?                                            |

| Barndom/tonår                        | Ja                       | Nej                      | ?                        | Kommentar                           |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Född för tidigt                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | före vecka 37                       |
| Klumpfot/höftledsluxation vid födsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | annan EDS?                          |
| Neonatala avvikelser                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Sen motorisk utveckling (gå, cykla)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Inlärning och psykosocial utveckling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autism? ADHD? Läs/skrivsvårigheter? |
| Överrörlighet som barn               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Frekventa fotledsdistorsioner        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Smärtor                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Skolios                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |

| Aktuellt hälsotillstånd | Ja | Nej | ? | Kommentar |
|-------------------------|----|-----|---|-----------|
|-------------------------|----|-----|---|-----------|

|                                   |                          |                          |                          |                                                  |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| Överrörlighet i leder             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vilka leder?                                     |
| Ledluxationer eller subluxationer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vilka leder?                                     |
| Vrickar fötter frekvent           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| Sen- el muskelbristning           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
| Smärtaanamnes                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Debut? Var? Karaktär? Uttrötthet? Muskler/leder? |

|                                  |                          |                          |                          |                                                   |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| Muskelsvaghet                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uppresning från stol? Gå i trappor? Handstyrka?   |
| Trötthet                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ökat behov av återhämtning?                       |
| Fysisk aktivitet och fysioterapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tidigare aktiviteter? Begränsningar? Fysioterapi? |

|                                       |                          |                          |                          |                                                   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| Spontana el stora (handflata) hematom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handflatestora? Plötsliga stora?                  |
| Frekventa näsblödningar               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Behövt söka sjukvård (etsat?)                     |
| Operationer - komplikationer?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                   |
| Breda & tunna ärr                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                   |
| Känslig hud - hur?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stora lacerationer av små trauman? Hudavlossning? |
| Problem med tänder o/e tandkött       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                   |
| Haft tandställning/dragit ur tänder   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pga tandträngsel                                  |
| Slemhinnebesvär                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Torra, sköra                                      |

|                                    |                          |                          |                          |                                  |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Hjärtsjukdom eller symtom          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hjärtklappning? POTS?            |
| Hypotoni eller ortostatism         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dysautonomi (ortostatism, POTS)? |
| Kärlkomplikation (ruptur)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |
| Tidiga åderbräck (före graviditet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | före graviditet                  |
| Pneumothorax, organruptur          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vEDS? Marfan?                    |
| Framfall (rektum, uterus mm)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | före graviditet                  |
| Bukbräck                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | minst 2                          |
| Nedsatt effekt av lokalanestesi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                  |

|                        |                          |                          |                          |                                                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| Syn- eller hörselskada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontakt ögonläkare? Kontakt hörselmottagning/öronläkare? |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|

|                          |                          |                          |                          |                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Tidig artros             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | annan sjukdom? |
| Benskörhet o/e frakturer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | annan sjukdom? |

|                                        |                          |                          |                          |                                 |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| IBS-liknande symtom                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gaser, uppblåsthet, buksmärtor? |
| Kronisk obstipation eller lös avföring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| Intolerans gluten eller laktos         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| Födoämneskänslighet/allergi            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| Astma, luftrörsproblem                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |

| Kvinnor                                   | Ja                       | Nej                      | ?                        | Kommentar                            |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Komplikationer vid graviditet/förlossning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förlossning före v 37, blödningar mm |
| Rikliga menstruationer                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                      |
| Missfall                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Upprepade missfall                   |

STATUS

| Allmäntillstånd                    | Ja | Nej | Ngt | Kommentar                           |
|------------------------------------|----|-----|-----|-------------------------------------|
| Rör sig obehindrat                 |    |     |     |                                     |
| Avvikande kroppskonstitution       |    |     |     |                                     |
| Skolios                            |    |     |     |                                     |
| Valgusställning fotleder           |    |     |     |                                     |
| Plattfot                           |    |     |     |                                     |
| Stigmatiserat utseende             |    |     |     | Epikantusveck mm. <b>Annan EDS?</b> |
| Akrogeri (åldrat utseende, händer) |    |     |     | <b>annan EDS-typ?</b>               |
| Längd:                             |    |     |     |                                     |
| Armspann:                          |    |     |     |                                     |
| Armspann/längdkvot:                |    |     |     |                                     |
| Blåsljud på hjärtat                |    |     |     |                                     |

| MoS                                     | Ja | Nej | Ngt | Kommentar |
|-----------------------------------------|----|-----|-----|-----------|
| Hög gom                                 |    |     |     |           |
| Smal gom                                |    |     |     |           |
| Frenulum under tunga saknas             |    |     |     |           |
| Tunn emalj tänder, avvikande tandstatus |    |     |     |           |
| Tandträngsel                            |    |     |     |           |

| Hud                                     | Ja | Nej | Ngt | Kommentar                                                 |
|-----------------------------------------|----|-----|-----|-----------------------------------------------------------|
| Mjuk                                    |    |     |     |                                                           |
| Len                                     |    |     |     |                                                           |
| Tunn                                    |    |     |     |                                                           |
| Övertöjbar hud                          |    |     |     | ≥ 1,5 cm på volara icke-dominanta underarmen.             |
| Breda, tunna ärr                        |    |     |     |                                                           |
| Ovanliga blåmärken                      |    |     |     | utan trauma, ovanligt stora                               |
| Ytlig kärlteckning                      |    |     |     | <b>vEDS?</b>                                              |
| Åderbräck                               |    |     |     | Före ev graviditet                                        |
| Arachnodactyli                          |    |     |     | Postivt wrist sign bilateralt eller thumb test bilateralt |
| Uttalade piezogenapapler på hälar bilat |    |     |     |                                                           |
| Ovanligt mycket striae                  |    |     |     |                                                           |

| Hypermobilitet                       | Hö | Vä | Nej | Aktuell hypermobilitet                                 |
|--------------------------------------|----|----|-----|--------------------------------------------------------|
| Beighton-skalan                      |    |    |     |                                                        |
| Översträckning armbågar > 10 gr      |    |    |     | 1 poäng/led                                            |
| Översträckning knäleder >10 gr       |    |    |     | 1 poäng/led                                            |
| Tumme sätts till underarm            |    |    |     | 1 poäng/led                                            |
| Lillfinger översträcks i MCP > 90 gr |    |    |     | 1 poäng/led                                            |
| Handflator i golv med raka knän      |    |    |     | 1 poäng                                                |
| Total poäng =                        |    |    |     | ≥ 5 poäng = generaliserad hypermobilitet. Max 9 poäng. |

| "5-PQ" (Kan du eller har du kunnat)  | Ja | Nej |  | Tidigare hypermobilitet                           |
|--------------------------------------|----|-----|--|---------------------------------------------------|
| Handflator i golv med raka knän      |    |     |  | 1 poäng                                           |
| Böja tummen mot handleden            |    |     |  | 1 poäng                                           |
| Gå ner i spagat/split                |    |     |  | 1 poäng                                           |
| Axel/patellaluxation som barn/ungdom |    |     |  | 1 poäng                                           |
| Anser du dig själv vara överrörlig?  |    |     |  | 1 poäng                                           |
| Total poäng =                        |    |     |  | ≥ 2 poäng = tidigare hypermobilitet. Max 5 poäng. |
| Hypermobilitet i andra leder?        |    |     |  |                                                   |

| Uppfylls kriterier för hEDS?             | Ja | Nej | ? | Kommentar                                                        |
|------------------------------------------|----|-----|---|------------------------------------------------------------------|
| • Kriterium 1 - GJH                      |    |     |   | Beighton ≥ 5 p eller Beighton 4 p SAMT 5-PQ ≥ 2 p <b>OBLIGAT</b> |
| • Kriterium 2 - systemisk påverkan       |    |     |   | ≥ 2 av 3 av delkriterium A, B och C <b>OBLIGAT</b>               |
| ◦ delkriterium A (systemisk påverkan)    |    |     |   |                                                                  |
| ◦ delkriterium B (hereditet)             |    |     |   |                                                                  |
| ◦ delkriterium C (smärtor/luxationer)    |    |     |   |                                                                  |
| • Kriterium 3 - diff.diagnoser uteslutna |    |     |   | <b>OBLIGAT</b>                                                   |

| Uppfylls kriterier för HSD?               | Ja | Nej | ? | Kommentar                                                |
|-------------------------------------------|----|-----|---|----------------------------------------------------------|
| • Kriterium 1 - hypermobilitet            |    |     |   | Aktuell? Historisk? Lokaliserad? Perifer? <b>OBLIGAT</b> |
| • Kriterium 2 - problem av hypermobilitet |    |     |   | <b>OBLIGAT</b>                                           |
| • Kriterium 3 - diff.diagnoser uteslutna  |    |     |   | <b>OBLIGAT</b>                                           |