



PRIMÄR PLASTIKOPERATION: KAN REGISTRERAS VIA WEBB: app.comporto.se

SJUKHUS: _____		OP. DATUM: 20 ____ - ____ - ____		<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	
PERSON NR: _____		SIDA: _____		<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
DIAGNOS: (En el. flera)	Artrit: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> Juvenil RA <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Annan: _____	Artros: <input type="checkbox"/> Primär <input type="checkbox"/> Sekundär <input type="checkbox"/> Annan: _____	Fraktur: <input type="checkbox"/> Färsk < 2v <input type="checkbox"/> Färsk > 2v <input type="checkbox"/> Felläkt <input type="checkbox"/> Pseudartros <input type="checkbox"/> Läkt			
ICD 10 Nr:	Frakturdatum: _____					
<input type="checkbox"/> Cuffartropati	<input type="checkbox"/> Caputnekros	<input type="checkbox"/> Massiv cuffruptur	<input type="checkbox"/> Annan diagnos: _____			
Tidigare ingrepp: (Ett el. flera)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Synovektomi <input type="checkbox"/> Osteosyntes <input type="checkbox"/> Op pga Infektion <input type="checkbox"/> Tidigare ingrepp utfört, men okänt vilket <input type="checkbox"/> Annat Ingrepp: _____	<input type="checkbox"/> Stabiliserande ingrepp <input type="checkbox"/> Interpositionsartroplastik <input type="checkbox"/> Cuffrekonstruktion <input type="checkbox"/> Subakromiell dekompr. <input type="checkbox"/> A-C ledsresektion <input type="checkbox"/> Artroskopisk operation				
<input type="checkbox"/> PRIMÄR PROTES OP OP KOD: NBB__9						
OPERATIONSPLANERING:						
RADIOLOGI:	<input type="checkbox"/> Slätröntgen <6 månader	<input type="checkbox"/> Datortomografi	<input type="checkbox"/> MRT			
Mest erfaren operatör:	<input type="checkbox"/> Axelspecialist	<input type="checkbox"/> Specialist Ortopedi	<input type="checkbox"/> ST Ortopedi			
PROFYLAX:	<input type="checkbox"/> Cloxacillin	<input type="checkbox"/> Clindamycin	<input type="checkbox"/> Bensyl-PC	<input type="checkbox"/> Cefalosporin		
Antal doser/dygn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3		
Antal dygn profylax	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3		
Protes:	<input type="checkbox"/> Copeland <input type="checkbox"/> Epoca <input type="checkbox"/> Epoca RH <input type="checkbox"/> Universe <input type="checkbox"/> Universe Omvänd <input type="checkbox"/> Eclipse <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> SMR <input type="checkbox"/> SMR Omvänd <input type="checkbox"/> Comprehensive <input type="checkbox"/> Comprehensive Omvänd <input type="checkbox"/> TESS anatomical <input type="checkbox"/> TESS omvänd <input type="checkbox"/> Bigliani-Flatow <input type="checkbox"/> Zimmer Reverse <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Global Advantage <input type="checkbox"/> Global FX <input type="checkbox"/> Global the CAP <input type="checkbox"/> Global AP <input type="checkbox"/> Delta Xtend <input type="checkbox"/> Global Unite fx <input type="checkbox"/> Global Unite Anatomisk <input type="checkbox"/> Global Unite Omvänd <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Aequalis-Tornier <input type="checkbox"/> Aequalis frakturstam <input type="checkbox"/> Omvänd Tornier <input type="checkbox"/> Ascend Flex <input type="checkbox"/> Ascend Flex Omvänd <input type="checkbox"/> Simpliciti Tornier <input type="checkbox"/> Equinox <input type="checkbox"/> Equinox fx <input type="checkbox"/> Equinox Reverse		
PROTESTYP	<input type="checkbox"/> Hemi	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Bipolär	<input type="checkbox"/> Cup/ytersättn	<input type="checkbox"/> Omvänd total <input type="checkbox"/> Annan: _____	
STAM:	<input type="checkbox"/> Modulär	<input type="checkbox"/> Monoblock	<input type="checkbox"/> Modulär utan/kort stam	<input type="checkbox"/> Ytersättning		
Fixation	<input type="checkbox"/> Cementerad	<input type="checkbox"/> Cementfri		<input type="checkbox"/> Annan: _____		
CAPUT:	<input type="checkbox"/> Konventionellt <input type="checkbox"/> Enbart ytersättning	<input type="checkbox"/> Extra offset/Assymetriskt	<input type="checkbox"/> Cuffatro CTA/EAS mm	<input type="checkbox"/> Omvänd <input type="checkbox"/> Annan: _____		
Material Caput:	<input type="checkbox"/> Metall	<input type="checkbox"/> Keram	<input type="checkbox"/> Pyrocarbon	<input type="checkbox"/> Omvänd plastsfär		
GLENOID:	<input type="checkbox"/> Helplast	<input type="checkbox"/> Metallbackad	<input type="checkbox"/> Metallpeg	<input type="checkbox"/> Omvänd	<input type="checkbox"/> Utökad till acrmion /RECO	
Förankring:	<input type="checkbox"/> Köl <input type="checkbox"/> Cementerad	<input type="checkbox"/> Pegs <input type="checkbox"/> Delvis cem.	<input type="checkbox"/> Skruvhylsa <input type="checkbox"/> Cementfri	<input type="checkbox"/> Skruvad <input type="checkbox"/> Bengraft	<input type="checkbox"/> Fräsning/mikrofraktur enbart <input type="checkbox"/> Annan: _____	
CUFFREKONSTRUKTION	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	A-C LEDSRESEKTION		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
SUBAKROMIELL DEKOMPRESSION	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	OSTEOSYNTES		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
BICEPS TENOTOMI	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	BICEPS TENODES		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
CUFFSTATUS:	<input type="checkbox"/> Intakt/Normal	<input type="checkbox"/> Tunn/Tveksamt	<input type="checkbox"/> Ruptur			
SNITTFÖRING:	<input type="checkbox"/> Deltopeoralt	<input type="checkbox"/> Anteriosup/McKenzie	<input type="checkbox"/> Utvidgat/förlängt			

IMPLANTAT-ETTICKETTER på baksidan:

v. 2017 Svenska Skulder- och ArmbågsSällskapet