



# Armbågsprotesregistret

Skickas till:  
Svenska Armbågsprotes Registret  
Ortopedkliniken  
Danderyds Sjukhus  
182 88 STOCKHOLM

PRIMÄROPERATION

REOPERATION

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	
	Fraktur: <input type="checkbox"/> Färsk <input type="checkbox"/> Felläkt	<input type="checkbox"/> Pseudartros
	<input type="checkbox"/> Annan _____	

ORSAK REOPERATION: (En el. flera)	<input type="checkbox"/> Proteslossning Humerus	<input type="checkbox"/> Proteslossning Ulna
	<input type="checkbox"/> Protesinfektion	<input type="checkbox"/> Recidiverande luxationer
	<input type="checkbox"/> Protesnära fraktur	<input type="checkbox"/> Byte bussning/sprint
	<input type="checkbox"/> Annan _____	<input type="checkbox"/> Plastslitage

<input type="checkbox"/> Revision, påverkar implantat	<input type="checkbox"/> Annan re-operation	Primärt operationsår: _____
Primär protestyp: _____	Primärt protesnamn: _____	

TIDIGARE INGREPP: (Ett el. flera)	<input type="checkbox"/> Inget	<input type="checkbox"/> Frakturkirurgi
	<input type="checkbox"/> Synovektomi	<input type="checkbox"/> Interpositionsartroplastik
	<input type="checkbox"/> Ulnarisfriläggning	<input type="checkbox"/> Artroplastik
	<input type="checkbox"/> Ligamentplastik	<input type="checkbox"/> Extraktion av plastik
	<input type="checkbox"/> Sensutur	<input type="checkbox"/> Op pga Infektion
	<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/> Tidigare ingrepp utfört, men okänt vilket

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

NERVUS ULNARIS UNDER OP:	<input type="checkbox"/> Inget	<input type="checkbox"/> Friläggning	<input type="checkbox"/> Transposition
NERVUS ULNARIS PRE-OP:	<input type="checkbox"/> Påverkan	<input type="checkbox"/> Ingen påverkan	
SNITTFÖRING:	<input type="checkbox"/> Bakre	<input type="checkbox"/> Lateralt	<input type="checkbox"/> Medialt <input type="checkbox"/> Annat
TRICEPSENAN:	<input type="checkbox"/> Avlossning enligt Morrey	<input type="checkbox"/> Rektangulär tricepsflap	
	<input type="checkbox"/> Tricepsparande	<input type="checkbox"/> Annat	

PROTES:	<input type="checkbox"/> Coonrad Morrey	<input type="checkbox"/> Discovery	<input type="checkbox"/> GSB	<input type="checkbox"/> Latitude	<input type="checkbox"/> Nexel	<input type="checkbox"/> Annan: _____
---------	---	------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Caput Radii :	<input type="checkbox"/> Anatomic RHS Acumed/Mayo	<input type="checkbox"/> Biomet Explor	<input type="checkbox"/> DePuy Synthes
	<input type="checkbox"/> Ascension / Integra PyC	<input type="checkbox"/> Tornier RHS	<input type="checkbox"/> Tornier MoPyC
	<input type="checkbox"/> Corin Corifix	<input type="checkbox"/> Link	<input type="checkbox"/> Annan _____

PROTESTYP	<input type="checkbox"/> Hemi	<input type="checkbox"/> Total kopplad	<input type="checkbox"/> Total okopplad	<input type="checkbox"/> Caput Radii protes	<input type="checkbox"/> Annan: _____
-----------	-------------------------------	--	---	---	---------------------------------------

FIXATION	Humerus: <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Partiellt Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri	
	Ulna: <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Partiellt Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri	
	Radius: <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Partiellt Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri	

BENTRANSPLANTATION	Humerus: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Ulna: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Radius: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Ev. Kommentar:

v. 2019 Svenska Skulder- och ArmbågsSällskapet

IMPLANTAT ETTIKETTER eller på baksidan: