

Klinik som inte har decentraliserad inmatning skickar rapportbladet till:

Fotledsregistret
 Ortopediska kliniken SUS
 Inga Marie Nilssons gata 22, plan 4
 205 02 Malmö E-post: carina.malm@skane.se
 Tel:040-332030 kl 08.00-11.00

Sjukhus..... Patientens namn.....

Revisionsplastikformulär

Personnummer	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Revision Nr	<input type="text"/>		
Sida	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
Längd	<input type="text"/> cm	Vikt	<input type="text"/> kg
Revisionsdatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Å Å Å Å	M M	D D
Ansvarig operatör		
	Förnamn (text)	Efternamn (text)	
ASA (ange endast ett alternativ)			
<input type="checkbox"/> ASA 1: Frisk	<input type="checkbox"/> ASA 3: Signifikant systemsjukdom, vilken påverkar dagliga aktiviteter och troligen även anestesi/kirurgi		
<input type="checkbox"/> ASA 2: Mild systemsjukdom	<input type="checkbox"/> ASA 4: Livshotande systemsjukdom, vilken kräver intensiv behandling och har påtaglig påverkan på anestesi /kirurgi		

Primär revisionsorsak (ange en orsak)	
<input type="checkbox"/> Lossning, talus	<input type="checkbox"/> Valgusfelställning
<input type="checkbox"/> Lossning, tibia	<input type="checkbox"/> Varusfelställning
<input type="checkbox"/> Lossning, talus och tibia	<input type="checkbox"/> Instabilitet
<input type="checkbox"/> Meniskruptur och/eller plastslitage	<input type="checkbox"/> Infektion
<input type="checkbox"/> Tekniskt fel	<input type="checkbox"/> Smärta utan annan förklaring
<input type="checkbox"/> Fraktur/luxation i fotled	<input type="checkbox"/> Annan:

