Rapportering av fotledsartrodes

För anvisningar se www.swedankle.se

Klinik som inte har decentraliserad inmatning skickar rapportbladet till:

Fotledsregistret
VO Ortopedi, plan 11
Inga Marie Nilssons gata 47
214 28 Malmö
E-post: fotledsregistret.ortopedi.sus@skane.se Telefon: 040-33 60 05

OBS! ***Vid artrodes efter tidigare fotledsprotes skall formuläret för revision av fotledsprotes användas!***

Sjukhus: ..... Patientnamn:……..

OBS! *Viktigt att sjukhus fylls i.*

Primär artrodes ☐ Re-artrodes Nr ☐

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐☐☐☐

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Diagnos (ange endast huvuddiagnosen)

☐ Septisk artrit (M00.9H)
☐ Primär artros (M19.0H)
☐ Posttraumatisk artros (M19.1H)
☐ Reumatoid artrit (M06.9H)
☐ Diabetesosteopathi (M90.8)
☐ Pes equinovarus adductus (Q66.0)
☐ Annan:

..... ☐☐☐ - ☐☐
Specifikation (texta) ICD10-kod

Har patienten besvär från den andra fotleden? ☐ Nej ☐ Ja

Finns andra problem från rörelseapparaten som påverkar gångförmågan? ☐ Nej ☐ Ja

Har patienten andra sjukdomar som påverkar gångförmågan? ☐ Nej ☐ Ja

Operationsdatum ☐☐☐☐ — ☐☐ — ☐☐
Å Å Å Å M M D D

Ansvarig operatör ....
Förnamn (texta) Efternamn (texta)

Längd ☐☐☐ cm ***Vikt*** ☐☐☐ kg

ASA (ange endast ett alternativ)

☐ ASA 1: Frisk
☐ ASA 2: Mild systemsjukdom
☐ ASA 3: Signifikant systemsjukdom, vilken påverkar dagliga aktiviteter och troligen även anestesi/kirurgi
☐ ASA 4: Livshotande systemsjukdom, vilken kräver intensiv behandling och har påtaglig påverkan på anestesi /kirurgi

Rökare ☐ Nej ☐ Ja, men slutat sedan minst 6 v ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Syrgas på grimma postoperativt ☐ Ja, 1 dygn ☐ Ja, 2 dygn ☐ Nej

Rapportering av fotledsartrodes

För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

Personnummer ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ – ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Tidigare ingrepp eller åtgärder i samma fot (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inget
- ☐ Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi/artrodes
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Talocalcaneär artrodes
- ☐ Calcaneocubiodal artrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi
- ☐ SMO (supramalleolär osteotomi)
- ☐ Annat: ……..

  Specifikation (texta)

Preoperativ felställning (ange ett eller flera alternativ)

Ingen felställning ☐

Varus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Valgus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Equinus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Kirurgityp (ange endast ett alternativ)

☐ Öppen ☐ Percutan ☐ Artroskopiassisterad

Artrodesmetod (ange endast ett alternativ (huvudmetod))

- ☐ Endast gips
- ☐ Extern fixation
- ☐ Skruvfixation
- ☐ Märgspik (retrograd intramedullär spik)
- ☐ Artroskopisk
- ☐ Märlor
- ☐ Platta + skruvar
- ☐ Annan .....

  Specifikation (texta)

Bentransplantation (ange endast ett alternativ)

☐ Ingen ☐ Från fotled ☐ Från underben ☐ Från bäcken ☐ Allograft

Personnummer ⌊__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋ – ⌊__⌋__⌋__⌋__⌋

Associerade ingrepp *i samma seance* (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inget
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi/artrodes
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Trippelartrodes eller Dippelartodes (talonaviculär och talocalcaneär artrodes)
- ☐ Calcaneusosteotomi, medialiserande:
- ☐ Calcaneusosteotomi, lateraliserande
- ☐ Plastikkirurgisk åtgärd

  .....
  Specifikation (texta)
- ☐ Annat:

  .....
  Specifikation (texta)

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inga
- ☐ Fraktur
- ☐ Annan……

  Specifikation (texta)