

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

Sjukhus:

Patientnamn:.....

OBS! Viktigt att sjukhus fylls i.

Primärplastikformulär

Personnummer

-

Sida

Höger Vänster

Diagnos

Reumatoid artrit (M06.9H) Primär artros (M19.0H)

Posttraumatisk artros (M19.1H)

Annan: -
 Specifikation (text) 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

Operatör 1

.....
 Förnamn (text) Efternamn (text)

Operatör 2

.....
 Förnamn (text) Efternamn (text)

Längd cm

Vikt kg

ASA (ange endast ett alternativ)

- ASA 1: Frisk ASA 3: Signifikant systemsjukdom, vilken påverkar dagliga aktiviteter och troligen även anestesi/kirurgi
 ASA 2: Mild systemsjukdom 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 gramma postoperativt Ja, 1 dygn Ja, 2 dygn Nej

Personnummer -

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

<input type="checkbox"/> Inget	<input type="checkbox"/> Metatarsale 1 osteotomi
<input type="checkbox"/> Talonaviculär artrodes	<input type="checkbox"/> Calcaneusosteotomi
<input type="checkbox"/> Subtalär artrodes	<input type="checkbox"/> "Gastro"
<input type="checkbox"/> Hälseneförlängning	<input type="checkbox"/> Stabiliserande åtgärd, lateralt
<input type="checkbox"/> Delning av lig. Deltoideum	<input type="checkbox"/> Plastikkirurgisk åtgärd:
<input type="checkbox"/> Annat:
Specifikation (text)	Specifikation (text)

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

<input type="checkbox"/> Inget	<input type="checkbox"/> Calaneo-cuboidal artrodes
<input type="checkbox"/> Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt	<input type="checkbox"/> Mellanfotsartrodes
<input type="checkbox"/> Talonaviculär artrodes	<input type="checkbox"/> Calcaneusosteotomi
<input type="checkbox"/> Talocalcaneär artrodes	

Preoperativ felställning Ja Nej

Om ja, ange ett eller flera alternativ

Varus, grader: Valgus, grader: Equinus, grader:

Proteser

Tibia:

Protestyp	Storlek					
<input type="checkbox"/> Hintegra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Mobility	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> CCI	<input type="checkbox"/> St	<input type="checkbox"/> St+	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> L+		
<input type="checkbox"/> Rebalance	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> TM ankle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Talus:

Protestyp	Storlek					
<input type="checkbox"/> Hintegra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Mobility	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> CCI	<input type="checkbox"/> St	<input type="checkbox"/> St+	<input type="checkbox"/> L			
<input type="checkbox"/> Rebalance	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> TM ankle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Personnummer

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ — □ □ □ □ □ □

Menisk:

Prototyp

Storlek

Hintegra

□ □ mm

Mobility

□ □ mm

TM ankle

□ □ storlek

Prototyp

Storlek

CCI

□ □ mm

Rebalance

□ □ mm

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

Inga

Fraktur

Annan.....

Specifikation (text)