

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..... Patientens namn.....

Revisionsplastikformulär

Personnummer -

Revision Nr

Sida Höger Vänster

Längd cm **Vikt** kg

Revisionsdatum - -
Å Å Å Å M M D D

Ansvarig operatör
Förnamn (text) Efternamn (text)

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

Primär revisionsorsak (ange en orsak)

Lossning, talus Valgusfelställning

Lossning, tibia Varusfelställning

Lossning, talus och tibia Instabilitet

Meniskruptur och/eller plastslitage Infektion

Tekniskt fel Smärta utan annan förklaring

Fraktur/luxation i fotled Annan:

