Rapportering av fotledsartrodes

Skickas/faxas i samband med första återbesök till:
Gunnel Nilsson
Ortopediska kliniken
Universitetssjukhuset MAS, Ing. 25, Plan 3
205 02 Malmö
Fax. nr: 040 33 70 11

Sjukhus: ..... Plats för patientbricka (annars namn)

Primär artrodes ☐ Re-artrodes Nr ☐

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

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Diagnos (ange endast huvuddiagnosen)

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

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

Operationsdatum ☐☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐
Å Å Å Å M M D D

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

Rapportering av fotledsartrodes

Personnummer ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋–⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ***(Obligatorisk)***

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

- ☐ Inget
- ☐ Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi/artrodes
- ☐ TN-artrodes
- ☐ TC-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

Rapportering av fotledsartrodes

Personnummer ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ***(Obligatorisk)***

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

- ☐ Inget
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi/artrodes
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Trippelartrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi, medialiserande:
- ☐ Calcaneusosteotomi, lateraliserande
- ☐ Plastikkirurgisk åtgärd

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

  .....
  Specifikation (texta)

OBS!
Nedanstående fråga ifylles senast två veckor efter operation, i samband med återbesök för kontroll

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inga
- ☐ Hudnekros – läkning efter konservativ terapi
- ☐ Hudnekros – plastikkirurgisk åtgärd
- ☐ Påtaglig infektion
- ☐ Nervskada: .....
  Specifikation (texta)
- ☐ Kärlskada
- ☐ Annan: .....
  Specifikation (texta)

OBS!
Bifoga operationsberättelse!