

**Skickas/faxas snarast efter operation till:**

Gunnel Nilsson  
 Ortopediska kliniken  
 SUS Malmö, 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 fotledsprotos skall formuläret för revision av fotledsprotos 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 (text) ICD10-kod

**Operationsdatum**     -   -    
Å Å Å Å M M D D

**Ansvarig operatör** .....  
 Förnamn (text) Efternamn (text)





