Rapportering av fotledsprotes

Skickas/faxas 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)

Primärplastikformulär

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐☐☐☐

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Diagnos
- ☐ Reumatoid artrit (M06.9H)
- ☐ Primär artros (M19.0H)
- ☐ Posttraumatisk artros (M19.1H)
- ☐ Annan: ..... (Specifikation (texta)) ☐☐☐.☐☐ (ICD10-kod)

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

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

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

- ☐ Inget
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Subtalär artrodes
- ☐ Hälseneförlängning
- ☐ Delning av lig. deltoideum
- ☐ Plastikkirurgisk åtgärd: ..... Specifikation (texta)
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi
- ☐ Calcaneusosteotomi
- ☐ ”Gastro”
- ☐ Stabiliserande åtgärd, lateralt ..... Specifikation (texta)
- ☐ Annat: ..... Specifikation (texta)

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

- ☐ Inget
- ☐ Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt
- ☐ TN-artrodes
- ☐ TC-artrodes
- ☐ CC-artrodes
- ☐ Mellanfotsartrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi

Rapportering av fotledsprotes

Personnummer ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊—⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ ***(Obligatorisk)***

Proteser

Tibia:

Protestyp	***Storlek***					
☐ STAR	☐ XS	☐ S	☐ M	☐ L	☐ X L	**(Ange även STAR komponent)**
☐ BP	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
☐ AES	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3		
☐ Hintegra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
☐ Mobility	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
☐ CCI	☐ St	☐ St+	☐ L	☐ L+		

STAR Komponent

☐ Ocementerad ☐ Cementerad ☐ Standard ☐ Med stam

Talus:

Protestyp	***Storlek***					
☐ STAR	☐ XXS	☐ XS	☐ S	☐ M	☐ L	
☐ BP	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
☐ AES	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3		
☐ Hintegra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
☐ Mobility	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
☐ CCI	☐ St	☐ St+	☐ L			

Menisk:

Protestyp	***Storlek***
☐ STAR	⌊_⌊_⌋ mm
☐ BP	⌊_⌊_⌋ mm
☐ AES	⌊_⌊_⌋ mm
☐ Hintegra	⌊_⌊_⌋ mm
☐ Mobility	⌊_⌊_⌋ mm
☐ CCI	⌊_⌊_⌋ mm

Rapportering av fotledsprotes

Skickas/faxas 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)

Primärplastikformulär, komplettering

Ifylles senast två veckor efter operation, i samband med återbesök för kontroll

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐

Sida
- ☐ Höger
- ☐ Vänster

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inga
- ☐ Fraktur, medial malleol
- ☐ Fraktur, lateral malleol
- ☐ Nervskada
- ☐ Kärlskada
- ☐ Annan: .....
  Specifikation (texta)

OBS!
Bifoga operationsberättelse!