Rapportering av fotledsprotes För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

Skickas/faxas <u>snarast efter operation</u> 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)

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 <u>ett eller flera alternativ</u>)

☐ 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 <u>ett eller flera alternativ</u>)

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

Rapportering av fotledsprotes För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

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+		
☐ Rebalance	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	

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			
☐ Rebalance	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	

Menisk:

Protestyp	***Storlek***
☐ STAR	☐☐ mm
☐ BP	☐☐ mm
☐ AES	☐☐ mm
☐ Hintegra	☐☐ mm
☐ Mobility	☐☐ mm
☐ CCI	☐☐ mm
☐ Rebalance	☐☐ mm

Skickas/faxas <u>alltid 3 månader efter operation</u> 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)

Primärplastik, uppföljningsformulär

Per-operativa och post-operativa komplikationer

Personnummer |_|_|_|_|_|_|_|_|_|—|_|_|_|_|

Operationsdatum |_|_|_|_|—|_|_|—|_|_| (Å Å Å Å — M M — D D)

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Operationskomplikationer (ange <u>ett eller flera alternativ</u>)

- ☐ Inga
- ☐ Fraktur, medial malleol
- ☐ Fraktur, lateral malleol
- ☐ Nervskada
- ☐ Kärlskada
- ☐ Annan: .....

.....
Specifikation (texta)

Rapporteringsdatum |_|_|_|_|—|_|_|—|_|_| (Å Å Å Å — M M — D D)

Inrapporterat av: ....
Förnamn (texta) Efternamn (texta)

....
E-postadress (texta) Tel.nr

OBS!
Vid komplikationer, bifoga operationsberättelse/dagganteckningar!