

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)

Revisionsplastikformulär

Personnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Revision Nr	<input type="text"/>	
Sida	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster
Revisionsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ansvarig operatör Förnamn (text) Efternamn (text)

Primär revisionsorsak (ange en orsak)	
<input type="checkbox"/> Lossning, talus	<input type="checkbox"/> Valgusfelställning
<input type="checkbox"/> Lossning, tibia	<input type="checkbox"/> Varusfelställning
<input type="checkbox"/> Lossning, talus och tibia	<input type="checkbox"/> Instabilitet
<input type="checkbox"/> Meniskruptur och/eller plastslitage	<input type="checkbox"/> Infektion
<input type="checkbox"/> Tekniskt fel	<input type="checkbox"/> Smärta utan annan förklaring
<input type="checkbox"/> Fraktur/luxation i fotled	<input type="checkbox"/> Annan:
 Specifikation (text)

