

Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi

Skickas/faxas i samband med första återbesök till:

Gunnel Nilsson
Ortopediska kliniken
Universitetssjukhuset MAS, Ing. 25, Plan 3t
205 02 Malmö
Fax. nr: 040 33 70 11

Sjukhus: Plats för patientbricka (annars namn)

Primär Supramalleolär Osteotomi (SMO)

Personnummer	_ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
Sida	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	
Diagnos	<input type="checkbox"/> Primär artros (M19.0H) <input type="checkbox"/> Posttraumatisk artros (M19.1H) <input type="checkbox"/> Fraktur som läkt med felställning (men utan artros) T93.2 <input type="checkbox"/> Varusfelställning UNS (kongenital el utan känd orsak) M21.1H <input type="checkbox"/> Valgusfelställning UNS (kongenital el utan känd orsak) M21.1H	
	<input type="checkbox"/> Annan:	_ _ _ . _ _ _
	Specifikation (text)	ICD10-kod
Operationsdatum	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ - _ _ _	
	Å Å Å Å	M M D D
Ansvarig operatör	
	Förnamn (text)	Efternamn (text)

Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

(Obligatorisk)

SMO- fixation (ange endast ett alternativ (huvudmetod))

- Platta
- Märla(or)
- Platta och märla(or)
- Annan

.....
Specifikation (text)

Typ av bengraft (ange ett eller flera alternativ)

- Inget
- Spongiöst graft
- Strukturellt graft
- Autologt ben
- Homologt ben
- Annan

.....
Specifikation (text)

Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi

Personnummer - (Obligatorisk)

OBS!

Nedanstående fråga ifylles senast 4 veckor efter operation, i samband med återbesök för kontroll

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

- Inga
- Senskada
- Påtaglig infektion
- Nervskada:
Specifikation (text)
- Kärlskada
- Annan:
Specifikation (text)

OBS!

Bifoga operationsberättelse!