Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi
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)

Primär Supramalleolär Osteotomi (SMO)

Personnummer ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ — ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Diagnos

☐ Primär artros (M19.0H)
☐ Posttraumatisk artros (M19.1H)
☐ Fraktur som läkt med felställning (men utan artros) T93.2
☐ Varusfelställing UNS (kongenital el utan känd orsak) M21.1H
☐ Valgusfelställing UNS (kongenital el utan känd orsak) M21.1H

☐ Annan: ..... ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ . ⌊_⌋⌊_⌋
Specifikation (texta) ICD10-kod

Operationsdatum ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ — ⌊_⌋⌊_⌋ — ⌊_⌋⌊_⌋
Å Å Å Å M M D D

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

Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi
För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

Personnummer ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ – ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ ***(Obligatorisk)***

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

- ☐ Inget
- ☐ Artroskopi
- ☐ Ligamentplastik
- ☐ TC-artrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi
- ☐ Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt
- ☐ Annan:

.....
Specifikation (texta)

Preoperativ felställning (ange ett eller flera alternativ)

Typ	***Grader***	
☐ Ingen		
☐ Varus	⌊__⌋⌊__⌋	grader
☐ Valgus	⌊__⌋⌊__⌋	grader
☐ Equinus	⌊__⌋⌊__⌋	grader
☐ Varuslutning (tibias distala ledyta i relation till tibias längsaxel)	⌊__⌋⌊__⌋	grader
☐ Valgusslutning (tibias distala ledyta i relation till tibias längsaxel)	⌊__⌋⌊__⌋	grader

Typ av kil (ange endast ett alternativ)

- ☐ Closing wedge
- ☐ Opening wedge
- ☐ Annan:

.....
Specifikation (texta)

Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi
För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

Personnummer ⌊__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋__⌋ – ⌊__⌋__⌋__⌋__⌋ ***(Obligatorisk)***

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

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

.....
Specifikation (texta)

Typ av bengraft (ange ett eller flera alternativ)

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

.....
Specifikation (texta)

Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi
För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

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)

Primär Supramalleolär Osteotomi (SMO), 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
☐ Senskada
☐ Påtaglig infektion
☐ Nervskada: .....
Specifikation (texta)
☐ 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/daganteckningar!