Rapportering av fotledsartrodes

För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

Klinik som inte har decentraliserad inmatning skickar rapportbladet till:

Fotledsregistret
Ortopediska kliniken SUS
Inga Marie Nilssons gata 22, plan 4
205 02 Malmö
E-post: carina.malm@skane.se Mobil: 0761-46 36 76

OBS! ***Vid artrodes efter tidigare fotledsprotes skall formuläret för revision av fotledsprotes användas!***

Sjukhus: ..... Patientnamn:……..

OBS! *Viktigt att sjukhus fylls i.*

Primär artrodes ☐ Re-artrodes Nr ☐

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐☐☐☐

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Diagnos (ange endast huvuddiagnosen)

- ☐ Septisk artrit (M00.9H)
- ☐ Primär artros (M19.0H)
- ☐ Posttraumatisk artros (M19.1H)
- ☐ Reumatoid artrit (M06.9H)
- ☐ Diabetesosteopathi (M90.8)
- ☐ Pes equinovarus adductus (Q66.0)
- ☐ Annan:

..... ☐☐☐ - ☐☐
Specifikation (texta) ICD10-kod

Har patienten besvär från den andra fotleden? ☐ Nej ☐ Ja

Finns andra problem från rörelseapparaten som påverkar gångförmågan? ☐ Nej ☐ Ja

Har patienten andra sjukdomar som påverkar gångförmågan? ☐ Nej ☐ Ja

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

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

Längd ☐☐☐ cm ***Vikt*** ☐☐☐ kg

ASA (ange endast ett alternativ)

- ☐ ASA 1: Frisk
- ☐ ASA 2: Mild systemsjukdom
- ☐ ASA 3: Signifikant systemsjukdom, vilken påverkar dagliga aktiviteter och troligen även anestesi/kirurgi
- ☐ ASA 4: Livshotande systemsjukdom, vilken kräver intensiv behandling och har påtaglig påverkan på anestesi /kirurgi

Rökare ☐ Nej ☐ Ja, men slutat sedan minst 6 v ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Syrgas på grimma postoperativt ☐ Ja, 1 dygn ☐ Ja, 2 dygn ☐ Nej

Personnummer ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ – ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

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

- ☐ Inget
- ☐ Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi/artrodes
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Talocalcaneär artrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi
- ☐ SMO (supramalleolär osteotomi)
- ☐ Annat: ……..

  Specifikation (texta)

Preoperativ felställning (ange ett eller flera alternativ)

Ingen felställning ☐

Varus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Valgus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Equinus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Kirurgityp (ange endast ett alternativ)

☐ Öppen ☐ Percutan ☐ Artroskopiassisterad

Artrodesmetod (ange endast ett alternativ (huvudmetod))

- ☐ Endast gips
- ☐ Märlor
- ☐ Platta + skruvar
- ☐ Annan

  Specifikation (texta)
- ☐ Extern fixation
- ☐ Skruvfixation
- ☐ Märgspik (retrograd intramedullär spik)

Bentransplantation (ange endast ett alternativ)

☐ Ingen ☐ Från fotled ☐ Från underben ☐ Från bäcken ☐ Allograft

Personnummer ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ – ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

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

- ☐ Inget
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi/artrodes
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Trippelartrodes eller talonaviculär och talocalcaneär artrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi, medialiserande:
- ☐ Calcaneusosteotomi, lateraliserande
- ☐ Plastikkirurgisk åtgärd

  .....
  Specifikation (texta)
- ☐ Annat:

  .....
  Specifikation (texta)

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inga
- ☐ Fraktur
- ☐ Annan……

  Specifikation (texta)