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

Sjukhus: ..... Patientnamn:……
OBS! *Viktigt att sjukhus fylls i.*

Primärplastikformulär

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

Sida ☐ Höger ☐ Vänster

Diagnos ☐ Reumatoid artrit (M06.9H) ☐ Primär artros (M19.0H)
☐ Posttraumatisk artros (M19.1H)
☐ 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

Operatör 1 ....
Förnamn (texta) Efternamn (texta)

Operatör 2 ....
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

Rapportering av fotledsprotes

För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

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

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

- ☐ Inget
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Subtalär artrodes
- ☐ Hälseneförlängning
- ☐ Delning av lig. Deltoideum
- ☐ Annat: ..... Specifikation (texta)
- ☐ Metatarsale 1 osteotomi
- ☐ Calcaneusosteotomi
- ☐ ”Gastro”
- ☐ Stabiliserande åtgärd, lateralt
- ☐ Plastikkirurgisk åtgärd: ..... Specifikation (texta)

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

- ☐ Inget
- ☐ Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt
- ☐ Talonaviculär artrodes
- ☐ Talocalcaneär artrodes
- ☐ Calaneo-cuboidal artrodes
- ☐ Mellanfotsartrodes
- ☐ Calcaneusosteotomi

Preoperativ felställning ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, ange ett eller flera alternativ

Varus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋ Valgus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋ Equinus, grader: ⌊__⌋⌊__⌋

Proteser

Tibia:

Protestyp	***Storlek***					
☐ Hintegra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
☐ Mobility	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
☐ CCI	☐ St	☐ St+	☐ L	☐ L+		
☐ Rebalance	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
☐ TM ankle	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Talus:

Protestyp	***Storlek***					
☐ Hintegra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
☐ Mobility	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
☐ CCI	☐ St	☐ St+	☐ L			
☐ Rebalance	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	
☐ TM ankle	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

För anvisningar se www.swedankle.se/rapportblad

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

Menisk:

Protestyp	***Storlek***		***Protestyp***	***Storlek***	
☐ Hintegra	⌊_⌊_⌋	mm	☐ CCI	⌊_⌊_⌋	mm
☐ Mobility	⌊_⌊_⌋	mm	☐ Rebalance	⌊_⌊_⌋	mm
☐ TM ankle	⌊_⌊_⌋	storlek			

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

☐ Inga

☐ Fraktur

☐ Annan……

Specifikation (texta)