

**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](mailto:carina.malm@skane.se) Tel:040-332030 kl 08.00-11.00

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 (text) 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 (text) Efternamn (text)

**Operatör 2**

.....  
 Förnamn (text) Efternamn (text)

**Längd**    cm

**Vikt**    kg

**ASA (ange endast ett alternativ)**

ASA 1: Frisk

ASA 3: Signifikant systemsjukdom, vilken påverkar dagliga aktiviteter och troligen även anestesi/kirurgi

ASA 2: Mild systemsjukdom

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 gramma postoperativt**

Ja, 1 dygn  Ja, 2 dygn  Nej

**Personnummer**              -

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

<input type="checkbox"/> Inget	<input type="checkbox"/> Metatarsale 1 osteotomi
<input type="checkbox"/> Talonaviculär artrodes	<input type="checkbox"/> Calcaneusosteotomi
<input type="checkbox"/> Subtalär artrodes	<input type="checkbox"/> "Gastro"
<input type="checkbox"/> Hälseneförlängning	<input type="checkbox"/> Stabiliserande åtgärd, lateralt
<input type="checkbox"/> Delning av lig. Deltoideum	<input type="checkbox"/> Plastikkirurgisk åtgärd:
<input type="checkbox"/> Annat: .....	.....
Specifikation (text)	Specifikation (text)

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

<input type="checkbox"/> Inget	<input type="checkbox"/> Calaneo-cuboidal artrodes
<input type="checkbox"/> Fotledsfraktur behandlad operativt eller konservativt	<input type="checkbox"/> Mellanfotsartrodes
<input type="checkbox"/> Talonaviculär artrodes	<input type="checkbox"/> Calcaneusosteotomi
<input type="checkbox"/> Talocalcaneär artrodes	

**Preoperativ felställning**     Ja                       Nej

Om ja, ange ett eller flera alternativ

Varus, grader:                         Valgus, grader:              Equinus, grader:

### Proteser

**Tibia:**

Protestyp	Storlek					
<input type="checkbox"/> Hintegra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Mobility	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> CCI	<input type="checkbox"/> St	<input type="checkbox"/> St+	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> L+		
<input type="checkbox"/> Rebalance	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> TM ankle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**Talus:**

Protestyp	Storlek					
<input type="checkbox"/> Hintegra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Mobility	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> CCI	<input type="checkbox"/> St	<input type="checkbox"/> St+	<input type="checkbox"/> L			
<input type="checkbox"/> Rebalance	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> TM ankle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**Personnummer**

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ — □ □ □ □ □ □

**Menisk:**

**Prototyp**

**Storlek**

**Prototyp**

**Storlek**

Hintegra

□ □ mm

CCI

□ □ mm

Mobility

□ □ mm

Rebalance

□ □ mm

TM ankle

□ □ storlek

**Operationskomplikationer** (ange ett eller flera alternativ)

Inga

Fraktur

Annan.....

Specifikation (text)