

**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)  
 Mobil: 0761-46 36 76

Sjukhus..... Förnamn:..... Efternamn:.....

**Revisionsplastikformulär**

<b>Personnummer</b>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<b>Revision Nr</b>	<input type="text"/>		
<b>Sida</b>	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
<b>Längd</b>	<input type="text"/> cm	<b>Vikt</b>	<input type="text"/> kg
<b>Revisionsdatum</b>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Å Å Å Å	M M	D D
<b>Ansvarig operatör</b>	.....		
	Förnamn (text)	Efternamn (text)	
<b>ASA (ange endast ett alternativ)</b>			
<input type="checkbox"/> ASA 1: Frisk	<input type="checkbox"/> ASA 3: Signifikant systemsjukdom, vilken påverkar dagliga aktiviteter och troligen även anestesi/kirurgi		
<input type="checkbox"/> ASA 2: Mild systemsjukdom	<input type="checkbox"/> ASA 4: Livshotande systemsjukdom, vilken kräver intensiv behandling och har påtaglig påverkan på anestesi /kirurgi		

<b>Primär revisionsorsak (ange en orsak)</b>	
<input type="checkbox"/> Lossning, talus	<input type="checkbox"/> Valgusfelställning
<input type="checkbox"/> Lossning, tibia	<input type="checkbox"/> Varusfelställning
<input type="checkbox"/> Lossning, talus och tibia	<input type="checkbox"/> Instabilitet
<input type="checkbox"/> Meniskruptur och/eller plastslitage	<input type="checkbox"/> Infektion
<input type="checkbox"/> Tekniskt fel	<input type="checkbox"/> Smärta utan annan förklaring
<input type="checkbox"/> Fraktur/luxation i fotled	<input type="checkbox"/> Annan:

