Rapportering av supramalleolär tibiaosteotomi
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
040-3320 30 Telefontid 08.00-11.00

Sjukhus:……. Förnamn:…… Efternamn:…….

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
☐ Varusfelställning UNS (kongenital el utan känd orsak) M21.1H
☐ Valgusfelställning UNS (kongenital el utan känd orsak) M21.1H

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

Längd ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ cm ***Vikt*** ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ kg

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

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

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

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)

Operationskomplikationer (ange ett eller flera alternativ)

- ☐ Inga
- ☐ Fraktur
- ☐ Annan……

Specifikation (texta)