



# Armbågsprotesregistret

Skickas till:  
Svenska Armbågsprotes Registret  
Ortopedkliniken  
Danderyds Sjukhus  
182 88 STOCKHOLM

PRIMÄROPERATION

REOPERATION

SJUKHUS: \_\_\_\_\_

OP. DATUM: 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Man  Kvinna

PERSON NR: \_\_\_\_\_

SIDA:  Höger  Vänster

DIAGNOS: (En el. flera)	Artrit: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> Juvenil RA	<input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Annan: _____
	Artros: <input type="checkbox"/> Primär <input type="checkbox"/> Sekundär	
	Fraktur: <input type="checkbox"/> Färsk <input type="checkbox"/> Felläkt	<input type="checkbox"/> Pseudartros
	<input type="checkbox"/> Annan _____	

ORSAK REOPERATION: (En el. flera)	<input type="checkbox"/> Proteslossning Humerus <input type="checkbox"/> Proteslossning Ulna
	<input type="checkbox"/> Protesinfektion <input type="checkbox"/> Recidiverande luxationer
	<input type="checkbox"/> Protesnära fraktur <input type="checkbox"/> Byte bussning/sprint
	<input type="checkbox"/> Annan _____ <input type="checkbox"/> Plastsålitage

<input type="checkbox"/> Revision, påverkar implantat	<input type="checkbox"/> Annan re-operation	
Primär protestyp: _____	Primärt protesnamn: _____	Primärt operationsår: _____

TIDIGARE INGREPP: (Ett el. flera)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Frakturkirurgi
	<input type="checkbox"/> Synovektomi <input type="checkbox"/> Interpositionsartroplastik
	<input type="checkbox"/> Ulnarisfriläggning <input type="checkbox"/> Artroplastik
	<input type="checkbox"/> Ligamentplastik <input type="checkbox"/> Extraktion av plastik
	<input type="checkbox"/> Sensutur <input type="checkbox"/> Op pga Infektion
	<input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> Tidigare ingrepp utfört, men okänt vilket

PROFYLAX:	<input type="checkbox"/> Cloxacillin	<input type="checkbox"/> Clindamycin	<input type="checkbox"/> Bensyl-PC	<input type="checkbox"/> Cefalosporin
Antal doser/dygn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3
Antal dygn profylax	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >3

NERVUS ULNARIS UNDER OP:	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Friläggning <input type="checkbox"/> Transposition
NERVUS ULNARIS PRE-OP:	<input type="checkbox"/> Påverkan <input type="checkbox"/> Ingen påverkan
SNITTFÖRING:	<input type="checkbox"/> Bakre <input type="checkbox"/> Lateralt <input type="checkbox"/> Medialt <input type="checkbox"/> Annat
TRICEPSENAN:	<input type="checkbox"/> Avlossning enligt Morrey <input type="checkbox"/> Rektangulär tricepsflap
	<input type="checkbox"/> Tricepssparande <input type="checkbox"/> Annat

PROTES:	<input type="checkbox"/> Coonrad Morrey <input type="checkbox"/> Discovery <input type="checkbox"/> GSB <input type="checkbox"/> Latitude <input type="checkbox"/> Nexel <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Annan: _____

Caput Radii :	<input type="checkbox"/> Anatomic RHS Acumed/Mayo <input type="checkbox"/> Biomet ExploR <input type="checkbox"/> DePuy Synthes
	<input type="checkbox"/> Ascension / Integra PyC <input type="checkbox"/> Tornier RHS <input type="checkbox"/> Tornier MoPyC
	<input type="checkbox"/> Corin Corifix <input type="checkbox"/> Link <input type="checkbox"/> Annan _____

PROTESTYP	<input type="checkbox"/> Hemi <input type="checkbox"/> Total kopplad <input type="checkbox"/> Total okopplad <input type="checkbox"/> Caput Radii protes <input type="checkbox"/> Annan:
-----------	--

FIXATION	Humerus: <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Partiellt Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri
	Ulna: <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Partiellt Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri
	Radius: <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Partiellt Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri

BENTRANSPLANTATION	Humerus: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Ulna: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Radius: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Ev. Kommentar:

v. 2019 Svenska Skulder- och ArmbågsSällskapet

IMPLANTAT ETTIKETTER eller på baksidan: