



# Axelprotesregistret

Skickas till:  
Svenska Axelprotes Registret  
Ortopedkliniken  
Danderyds Sjukhus  
182 88 STOCKHOLM Fax 08-7551476

## REOPERATION: SKICKA TILL CENTRAL INMATNING med journalkopia på operationen.

SJUKHUS: _____		OP. DATUM: 20 ____ - ____ - ____		<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna
PERSON NR: _____		SIDA: <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster			
Primär DIAGNOS: välj nedan		ICD 10 Nr: _____			
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 <input type="checkbox"/> Annan: _____					
Fraktur: <input type="checkbox"/> Färsk < 2v <input type="checkbox"/> Färsk > 2v <input type="checkbox"/> Felläkt <input type="checkbox"/> Pseudartros <input type="checkbox"/> Läkt					
<input type="checkbox"/> Cuffartropati <input type="checkbox"/> Caputnekros <input type="checkbox"/> Massiv cuffruptur <input type="checkbox"/> Annan diagnos: _____					
Primär PROTESTYP: _____		Primär IMPLANTATNAMN: _____			
Primär OP DATUM: _____		Primär OP SJUKHUS: _____			
<input type="checkbox"/> REOPERATION		OP KOD: NBC__9		(Extraktion : NBU__9, Annan: _____)	
ORSAK: Luxerad protes: <input type="checkbox"/> Uppåt <input type="checkbox"/> Nedåt <input type="checkbox"/> Framåt <input type="checkbox"/> Bakåt					
(till reop.) Proteslossning: <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Glenoid <input type="checkbox"/> Separation av komponenter					
<input type="checkbox"/> Glenoid attrition/erosion <input type="checkbox"/> Smärta <input type="checkbox"/> Instabilitet <input type="checkbox"/> Cuffruptur/insuff					
<input type="checkbox"/> Infekterad protes <input type="checkbox"/> Misstänkt infektion <input type="checkbox"/> Protesnära fraktur					
ICD 10 Nr: _____		<input type="checkbox"/> Tuberkelhaveri		<input type="checkbox"/> Annan orsak: _____	
Typ av reop: (En el. flera)		<input type="checkbox"/> Byte av modulärt caput <input type="checkbox"/> A-C ledsresektion			
		<input type="checkbox"/> Extraktion av glenoid <input type="checkbox"/> Artroskopisk operation			
		<input type="checkbox"/> Extraktion av spacer <input type="checkbox"/> Cuffrekonstruktion			
		<input type="checkbox"/> Extraktion av stam/implantat <input type="checkbox"/> Excision av benfragment			
		<input type="checkbox"/> Insättande av glenoid <input type="checkbox"/> Operation p.g.a. infektion			
		<input type="checkbox"/> Insättande av spacer <input type="checkbox"/> Osteosyntes av fraktur			
		<input type="checkbox"/> Insättande av stam <input type="checkbox"/> Refixation av tuberkel			
<input type="checkbox"/> Annan revision: _____		<input type="checkbox"/> Reposition av lux. protes			
		<input type="checkbox"/> Subakromiell dekompr.			
<input type="checkbox"/> Annan re-op ej revision: _____		<input type="checkbox"/> Biceps tenodes			
		<input type="checkbox"/> Biceps tenotomi			
Ny protes: <input type="checkbox"/> Epoca <input type="checkbox"/> Nottingham <input type="checkbox"/> Global Unite <input type="checkbox"/> Tornier Ascend Flex					
<input type="checkbox"/> Universe 3D <input type="checkbox"/> Comprehensive <input type="checkbox"/> Global AP <input type="checkbox"/> Ascend Omvänd					
<input type="checkbox"/> Eclipse <input type="checkbox"/> Comprehensive Omv <input type="checkbox"/> Delta Xtend <input type="checkbox"/> Equinox Reverse					
<input type="checkbox"/> SMR <input type="checkbox"/> TESS anatomical <input type="checkbox"/> Bigliani-Flatow <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> SMR Omvänd <input type="checkbox"/> TESS Omvänd <input type="checkbox"/> Zimmer Reverse <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
PROTESTYP <input type="checkbox"/> Hemi <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Bipolär <input type="checkbox"/> Cup/ytersättn <input type="checkbox"/> Omvänd total <input type="checkbox"/> Annan:					
STAM: <input type="checkbox"/> Modulär <input type="checkbox"/> Monoblock <input type="checkbox"/> Modulär utan/kort stam <input type="checkbox"/> Ytersättning					
Fixation <input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Cementfri <input type="checkbox"/> Annan: _____					
CAPUT: <input type="checkbox"/> Konventionellt <input type="checkbox"/> Extra offset/Assymetriskt <input type="checkbox"/> Omvänd					
<input type="checkbox"/> Enbart ytersättning <input type="checkbox"/> Cuffarto CTA/EAS mm <input type="checkbox"/> Annan: _____					
Material Caput: <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Keram <input type="checkbox"/> Pyrocarbon <input type="checkbox"/> Omvänd plasticsfär					
GLENOID: <input type="checkbox"/> Helplast <input type="checkbox"/> Metallbackad <input type="checkbox"/> Metallpeg <input type="checkbox"/> Omvänd <input type="checkbox"/> Utökad till acrmion /RECO					
Förankring: <input type="checkbox"/> Köl <input type="checkbox"/> Pegs <input type="checkbox"/> Skruvhylsa <input type="checkbox"/> Skruvad <input type="checkbox"/> Annan: _____					
<input type="checkbox"/> Cementerad <input type="checkbox"/> Delvis cem. <input type="checkbox"/> Cementfri <input type="checkbox"/> Bengraft <input type="checkbox"/> Fräsning/mikrofraktur					
OPERATIONSDATA:					
CUFFSTATUS: <input type="checkbox"/> Intakt/Normal <input type="checkbox"/> Tunn/Tveksamt <input type="checkbox"/> Liten ruptur <input type="checkbox"/> Massiv ruptur					
SNITTFÖRING: <input type="checkbox"/> Deltopectoralt <input type="checkbox"/> Utvidgat/förlängt <input type="checkbox"/> Anteriosup/McKenzie					

IMPLANTAT ETTIKETTER på baksidan:

v. 2017 Svenska Skulder- och ArmbågsSällskapet