

Patientens personbeteckning	-							
Operationsdatum								
Operationsområde	Led <input type="checkbox"/> 1 höger		<input type="checkbox"/> 2 vänster					
	<input type="checkbox"/> 1 höftled	<input type="checkbox"/> 2 knäled	<input type="checkbox"/> 3 enbart patellarled	<input type="checkbox"/> 4 vristled	<input type="checkbox"/> 5 mtp-led			
	<input type="checkbox"/> 6 skulderled	<input type="checkbox"/> 7 armbågsled	<input type="checkbox"/> 8 os lunatum	<input type="checkbox"/> 9 os scaphoideum	<input type="checkbox"/> 10 annan struktur **			
	<input type="checkbox"/> 11 cmc-led	<input type="checkbox"/> 12 mcp-led	<input type="checkbox"/> 13 ip-led	<input type="checkbox"/> 14 käkled	<input type="checkbox"/> 15 annan lokalisation **			
Operationsindikation	<input type="checkbox"/> 1 reumatoid artrit	<input type="checkbox"/> 2 annan artrit	<input type="checkbox"/> 3 primär artros	<input type="checkbox"/> 4 medfödd höftledsluxation	<input type="checkbox"/> 5 annan sjukdom **			
	<input type="checkbox"/> 6 protesbyte	<input type="checkbox"/> 7 avlägsnande av protes	<input type="checkbox"/> 8 sekundär artros	<input type="checkbox"/> 9 tidigare protes avlägsnad (girdlestone)	<input type="checkbox"/> 0 annan reoperation (t.ex. liner-byte)			
Implanterad protesmodell (femur- och acetabulumkomponenten)	handelsnamn: femur * acetabulum/tibia *							
	huvud <input type="checkbox"/> 1 fast		huvudets diameter _____ mm					
	<input type="checkbox"/> 2 modulär		typ (krom, titan, keramik m.m) _____					
Reoperation	Indikation:							
	<input type="checkbox"/> 1 proteslossning (proximal komp)	<input type="checkbox"/> 2 proteslossning (distal komp)	<input type="checkbox"/> 3 infektion	<input type="checkbox"/> 4 luxation	<input type="checkbox"/> 5 dåligt protesläge			
	<input type="checkbox"/> 6 skelettfraktur	<input type="checkbox"/> 7 protesbrott	<input type="checkbox"/> 9 patellarkomplikation	<input type="checkbox"/> 8 annan indikation **				
Protesmodell som skall bytas samt datum för föregående operation	handelsnamn: femur * acetabulum/tibia *				Datum			
Protesförankring	Höftprotes		Knäprotes		Patellar-komponent			
	Cement	Utan cement	femur	acetabulum	femur	tibia		
	<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"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12				
	Cementeringsteknik			Cementblandning				
	<input type="checkbox"/> 1 konventionell	<input type="checkbox"/> 2 med undertryck	<input type="checkbox"/> 1 konventionell	<input type="checkbox"/> 2 sentrifugerad	<input type="checkbox"/> 3 vakuumblandning			
Handelsnamn på använd cement	handelsnamn: _____							
Bentransplantation	<input type="checkbox"/> 1 autograft		<input type="checkbox"/> 2 allograft		<input type="checkbox"/> 3 xenograft			
Profylaktisk antibiotika-behandling	Antibiotikum <input type="checkbox"/> 1 ja				handelsnamn: _____ <input type="checkbox"/> 2 nej			
Primärkomplikationer	<input type="checkbox"/> 0 anestesikomplikation	<input type="checkbox"/> 1 infektion	<input type="checkbox"/> 2 evakuerat hematom	<input type="checkbox"/> 3 tromboemboli	<input type="checkbox"/> 4 otillfredsställande protesläge	<input type="checkbox"/> 5 luxation	<input type="checkbox"/> 6 nervskada	<input type="checkbox"/> 7 annan komplikation **
	<input type="checkbox"/> 8 patienten avlidit	<input type="checkbox"/> 9 randnekros						
Kontaktperson och telefon								
Anmärkningar **								

ANVISNINGAR FÖR IFYLLANDE AV BLANKETTEN

Blanketten fylls i för hand, skriftlig information textas tydligt.

Sjukhus: ange sjukhusets sifferkod.

Patientens personbeteckning: fullständiga uppgifter lämnas.

Operationsdatum: dag, månad och år.

Operationsområde: kryssa för aktuell sida och led, exempelvis "höger höft". Avseende punkterna 10 och 15 kan ytterligare uppgifter lämnas under rubriken Anmärkningar.

Operationsindiaktion: endast ett alternativ kryssas för.

Protesmodell: anteckna handelsnamnet på den inopererade protesen. Avseende höftproteser med komponenter från två olika protesmodeller anges först femurkomponenten och därefter acetabulumkomponenten.

Lättast meddela man vilken protesmodell som använts genom att på omstående sida fästa de protesförpackningens dekaler som blir över från sjukjournalen (gör det även möjligt att använda streckkoder).

Reoperation: om det är om en reoperationen av en tidigare inopererad endoprotes s.k. revision, kryssas den huvudsakliga operationsindikationen för.

Utbytt eller avlägsnad protes: ange handelsnamnet på den protes som skall inopereras eller avlägsnas.

Datum för föregående operation: ange datum, såvitt möjligt.

Protesfixering: ange genom att kryssa för rätt alternativ, huruvida endoprotesdelarna har förankrats med eller utan bencement. Kryssa för tillämpad cementeringsteknik samt cementblandningsförfarande. Om en patellarkomponent har lagts in i samband med en knäoperation, ange förankringstekniken.

Det fullständiga handelsnamnet på den sement som använts skall anges (t. ex. Palacos C. Centamycin).

I fråga om bentransplantation är det nödvändigt att ange huruvida man använt autograft, allograft eller xenograft ben.

Profylaktisk antibiotikabehandling: ange handelsnamnet på det antibiotikum som använts.

Primärkomplikationer: komplikationer som tillstött postoperativt under sjukhusvistelsen innan patienten skrivits ut från sjukhuset.

Komplikationer som tillstött under en senare uppföljning skall meddelas på en separat blankett.

Om patienten avlidit under sjukhusvistelsen kryssa punkt 8 för.

Kontaktperson: för att närmare upplysningar vid behov skall kunna erhållas anges här namnet på den person som svarar för att blanketten fylls i samt vederbörandes telefonnummer.

Anmärkningar: om frågorna i blanketten inte passar in på den berörda patienten eller om ytterligare upplysningar behöver lämnas, används denna ruta.