

# 7A. SCAPHOIDEUMKIRURGI

## Operationsformulär



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Operationsdatum (åååå-mm-dd): \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Skadedatum: \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Vet ej

### SKADA (ange ett alternativ)

Fraktur  Pseudartros

Lokalisation:  Proximal  
 Midja  
 Distal  
 Annan, specificera (fritext):

### OPERATION

Stift:  Nej  Ja

Kompressionskruv:  Nej  Ja, ange fabrikat: \_\_\_\_\_

Annan osteosyntes:  Nej  Ja, ange typ: \_\_\_\_\_

Bentransplantation:  Nej  Ja

Vaskulariserat bengraft:  Nej  Ja

Annan operation:  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_

Planerad gipstid (veckor): 

--	--