

7A. SKAFOIDEUMKIRURGI

Operationsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

Skadedatum: *

 Vet ej

SKADA (ange ett alternativ)

Fraktur Pseudartros

Lokalisation: Proximala (1/5 delen)
 Midja
 Distal
 Annan, specificera (fritext):

OPERATION

Stift: Nej Ja

Kompressionskrav: Nej Ja, ange fabrikat: _____

Annan osteosyntes: Nej Ja, ange typ: _____

Bentransplantation: Nej Ja, crista radius annat: _____

Vaskulariserat bengraft: Nej Ja, ange tagställe: _____

Annan operation: Nej Ja, specificera: _____

Planerad immobiliseringstid (veckor):

Radiuskena Skafoideumgips

Annat (specificera): _____