



8A. INTERCARPAL ARTRODES

Operationsformulär

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

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

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

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

OPERATION (ange ett alternativ)

Fyrhörnsartrodes STT-artrodes

Osteosyntes

Stift: Nej Ja

Cirkulär platta och skruvar: Nej Ja, specificera (t ex Spider, Hubcap etc): _____

Skruvar enbart: Nej Ja

Annan metod: Nej Ja, specificera: _____

Bentransplantation

Nej Ja, specificera: från radius Annat (t ex bensubstitut), specificera: _____
 från crista