

8A. INTERKARPAL ARTRODES och PROXIMAL KARPALBENSRESEKTION

Operationsformulär



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

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

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

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

OPERATION (ange ett alternativ)

Fyrhörnsartrodes LC-artrodes

STT-artrodes SC-artrodes LT-artrodes RSL-fusion RL-fusion

Proximal karpalbensresektion Annan: _____

Osteosyntes

Stift: Nej Ja

Märlor: 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 från crista

Annat (t ex bensubstitut, exciderad skafoideum), specificera: _____

Operationsindikation

Skafolunär (SL) ligamentskada (utan artros)

SLAC grad 1 grad 2 grad 3 grad 4

SNAC grad 1 grad 2 grad 3 grad 4

Fokal artros, specificera (exv STT-leds artros): _____

Lunatummalaci

Midkarpal instabilitet

Lunotriquetreal ligamentskada

Annan, specificera: _____