



10A. TFCC-REPARATION

Operationsformulär

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

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

Skadedatum: *

								<input type="checkbox"/> Vet ej
--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------

SKADA

- Avulsion från ulna: Nej Ja
 Avulsion från radius: Nej Ja
 Central ruptur: Nej Ja
 Distal ulnovolar ruptur: Nej Ja
 Annan: Nej Ja, specificera: _____

Kvarvarande felställning efter radiusfraktur

- Nej Ja

OPERATION

- Diagnostisk artroskopi: Nej Ja
 Endoskopisk reinsertion av TFCC: Nej Ja
 Öppen reinsertion av TFCC: Nej Ja
 Osteosyntes av ulnastyloidfragment: Nej Ja
 Ligamentsutur (t ex ulnovolart): Nej Ja
 Endoskopisk debridering:
 (t ex av central perforation eller partiell skada) Nej Ja
 Annan operation: Nej Ja, specificera: _____