

1A. DUPUYTREN

Operationsformulär

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

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

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

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

OPERATION

(fyll i hela raden för varje opererat finger, endast ett alternativ i varje fält, enzymatisk behandling registreras i formulär 1AB)

Opererat finger	Primär op alt. reop/recidiv	Operationstyp	Viktigaste hudingrepp	Ledingrepp/ amputation
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Primär DC <input type="checkbox"/> Reop. efter: <input type="checkbox"/> Tidigare operation <input type="checkbox"/> Tidigare injektion <input type="checkbox"/> Tidigare nålfasciotomi	<input type="checkbox"/> Fasciotomi <input type="checkbox"/> med nål <input type="checkbox"/> med kniv <input type="checkbox"/> Fasciectomi <input type="checkbox"/> Dermato-fasciectomi	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Hudtransplantat <input type="checkbox"/> Hudplastik (t ex Z eller Y-V) <input type="checkbox"/> Korsad fingerlambå <input type="checkbox"/> Sår lämnat öppet i vola (Mc Cash)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Artrodes <input type="checkbox"/> Artrolys <input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Primär DC <input type="checkbox"/> Reop. efter: <input type="checkbox"/> Tidigare operation <input type="checkbox"/> Tidigare injektion <input type="checkbox"/> Tidigare nålfasciotomi	<input type="checkbox"/> Fasciotomi <input type="checkbox"/> med nål <input type="checkbox"/> med kniv <input type="checkbox"/> Fasciectomi <input type="checkbox"/> Dermato-fasciectomi	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Hudtransplantat <input type="checkbox"/> Hudplastik (t ex Z eller Y-V) <input type="checkbox"/> Korsad fingerlambå <input type="checkbox"/> Sår lämnat öppet i vola (Mc Cash)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Artrodes <input type="checkbox"/> Artrolys <input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Primär DC <input type="checkbox"/> Reop. efter: <input type="checkbox"/> Tidigare operation <input type="checkbox"/> Tidigare injektion <input type="checkbox"/> Tidigare nålfasciotomi	<input type="checkbox"/> Fasciotomi <input type="checkbox"/> med nål <input type="checkbox"/> med kniv <input type="checkbox"/> Fasciectomi <input type="checkbox"/> Dermato-fasciectomi	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Hudtransplantat <input type="checkbox"/> Hudplastik (t ex Z eller Y-V) <input type="checkbox"/> Korsad fingerlambå <input type="checkbox"/> Sår lämnat öppet i vola (Mc Cash)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Artrodes <input type="checkbox"/> Artrolys <input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Primär DC <input type="checkbox"/> Reop. efter: <input type="checkbox"/> Tidigare operation <input type="checkbox"/> Tidigare injektion <input type="checkbox"/> Tidigare nålfasciotomi	<input type="checkbox"/> Fasciotomi <input type="checkbox"/> med nål <input type="checkbox"/> med kniv <input type="checkbox"/> Fasciectomi <input type="checkbox"/> Dermato-fasciectomi	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Hudtransplantat <input type="checkbox"/> Hudplastik (t ex Z eller Y-V) <input type="checkbox"/> Korsad fingerlambå <input type="checkbox"/> Sår lämnat öppet i vola (Mc Cash)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Artrodes <input type="checkbox"/> Artrolys <input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Primär DC <input type="checkbox"/> Reop. efter: <input type="checkbox"/> Tidigare operation <input type="checkbox"/> Tidigare injektion <input type="checkbox"/> Tidigare nålfasciotomi	<input type="checkbox"/> Fasciotomi <input type="checkbox"/> med nål <input type="checkbox"/> med kniv <input type="checkbox"/> Fasciectomi <input type="checkbox"/> Dermato-fasciectomi	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Hudtransplantat <input type="checkbox"/> Hudplastik (t ex Z eller Y-V) <input type="checkbox"/> Korsad fingerlambå <input type="checkbox"/> Sår lämnat öppet i vola (Mc Cash)	<input type="checkbox"/> Inget <input type="checkbox"/> Artrodes <input type="checkbox"/> Artrolys <input type="checkbox"/> Amputation

Planerad tid till första omläggning (dagar):

--	--