

9A. RADIUSFRAKTUR

Operationsformulär



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Skadedatum: *

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Vet ej

SKADA (ange ett alternativ inom resp. frakturtyp)

Frakturtyp i radius

- Colles (= Metafysär, dorsalvinklad)
- Smith (= Metafysär, volarvinklad)
- Chauffeur's (radiusstyloidfraktur)
- Dorsal Barton (intraartikulär, dorsalt fragment)
- Volar Barton (intraartikulär, volart fragment)
- Intraartikulär multifragment-fraktur

Frakturtyp i ulna

- Ingen ulnafraktur
- Enbart ulnastyloiden
- Subcapitulär ulnafraktur

DRU-ledinstabilitet (efter utförd osteosyntes)

- Nej Ja Kan ej bedömas

Annan samtidig fraktur i samma hand

- Nej Ja, ange vilken: _____

Operationsmetod

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Extern fixation, bridging | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Extern fixation, non-bridging: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Stift: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Skruv: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Volar platta: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, ange fabrikat: _____ |
| Radial platta: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, ange fabrikat: _____ |
| Dorsal platta: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, ange fabrikat: _____ |
| Övrigt: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, specificera: _____ |
| Bengraft: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bensubstitution: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, ange fabrikat: _____ |
| TFCC reinsertion: | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Planerad gipstid (veckor):

□	□
---	---