

6B. PROTESKIRURGI

Funktionsformulär



Uppföljning: 3 månader 12 månader Annat (ange antal månader)

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn):

POSTOPERATIV RÖNTGENUNDERSÖKNING (fylls i av läkare)

Röntgenundersökningsdatum (åååå-mm-dd) - -

Subluxation i leden Nej Ja

	Proximal	Distal komponent
Resorption kring protesstam	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säker	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säker
Förändrat protesläge	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säkert	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Misstänkt <input type="checkbox"/> Säkert

Andra röntgenfynd, specificera: _____

KOMMENTAR