



# 10A. TFCC-REPARATION

## Operationsformulär

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

### OBS! "002 Grundformulär operation" måste registreras innan utökat formulär

Vid inmatning i 3C hämtas automatiskt följande variabler från "002 grundformulär operation": Operationsdatum, skadedatum, opererad sida, anestesiform samt operatörernas initialer. Om skadedatum saknas vid datahämtning, registrera datum nedan

Operationsdatum (åååå-mm-dd): \* Hämtas automatiskt från grundformulär     -   -

Skadedatum (åååå-mm-dd): \* Hämtas automatiskt från grundformulär     -   -   · 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: \_\_\_\_\_