

# 12A. MEDFÖDDA AVVIKELSER

## Operationsformulär



Operationsdatum, opererad sida, anestesiform samt operatörernas initialer hämtas automatiskt från "002 Grundformulär operation" vid inmatning i 3C

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

Operationsdatum (åååå-mm-dd): \*

Opererad sida (ett formulär per sida!): \*

Vänster

Höger

### DIAGNOSER och OPERATIONER - HAND

Flera alternativ kan väljas

#### Trigger tumme / finger

Senskideklyvning tumme

Ja

Nej

Senskideklyvning finger

Ja

Nej

Annat,

Ja

Nej

Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

#### Syndaktyli fingrar (dig 2-5)

Vilket interstitier har friats?

Mellan dig 2 - 3

Ja

Nej

Mellan dig 3 - 4

Ja

Nej

Mellan dig 4 - 5

Ja

Nej

Z-plastik, butterflyplastik (t ex vid inkomplett syndaktyli)

Ja

Nej

Dorsal hudlambå (t ex Niranjan, rektangulär, triangulär mm)

Ja

Nej

Volar hudlambå (t ex triangulär)

Ja

Nej

Fullhudstransplantat

Ja

Nej

Pulpaplastik (t ex enl Buck-Gramcko)

Ja

Nej

Delning av synostos (vid komplex syndaktyli)

Ja

Nej

Mjukdelsdistraktion (CubeFix, t ex vid Apert)

Ja

Nej

Annat,

Ja

Nej

Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

#### Syndaktyli tumveck

Z-plastik (fyrflikig, butterfly etc)

Ja

Nej

Rotationslambå (t ex enl Buck-Gramcko)

Ja

Nej

Fullhudstransplantat

Ja

Nej

Annat,

Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

#### Ulnar polydaktyli

Klipsning (Ligaclip)

Ja

Nej

Ligatur (med suturtråd)

Ja

Nej

Excision + sutur

Ja

Nej

Delning av synostos / osteotomi

Ja

Nej

Annat,

Ja

Nej

Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

#### Radial polydaktyli

Excision av radial extratumme

Ja

Nej

Excision av ulnar extratumme

Ja

Nej

Osteotomi (för vinkelkorrektur)

Ja

Nej

Mjukdelsrekonstruktion (ligament, senor)

Ja

Nej

Korrektion av trefalangtumme/deltafalang

Ja

Nej

Annat,

Ja

Nej

Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

# 12A. MEDFÖDDA AVVIKELSER

## Operationsformulär



<input type="checkbox"/>	<b>Radial reduktionsmissbildning</b> (se även underarm)		
	Excision av hypoplastisk tumme	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Tumvecksplastik	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ligamentplastik MCP-led 1	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Chondrodes/artrodes MCP-led 1	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Opponensplastik	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Om ja, ange donor, <input type="checkbox"/> FDS 4		
	<input type="checkbox"/> ADM (Huber)		
	<input type="checkbox"/> EIP		
	<input type="checkbox"/> Annan (ange vilken) _____		
	Sentransfer för extrinsics till tumme		
	För extensor (EPL, EPB)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	För flexor (FPL)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Osteotomi (t ex rotation)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Pollicisation	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Rekonstruktion av hypoplastisk tumme		
	med icke vaskulariserad tåfalangfalang	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ange donor		
	Mellangalang tå <input type="checkbox"/>		
	Grundalang tå <input type="checkbox"/>		
	med mikrovaskulär tåtransfer	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ange donor		
	2:a tå <input type="checkbox"/>		
	3:e tå <input type="checkbox"/>		
	Annan, ange vilken _____		
	Annat,	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (fritext) _____		
<input type="checkbox"/>	<b>Central reduktionsmissbildning / cleft hand</b>		
	Slutning av klyfta	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Tumvecksplastik	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Skelettingrepp (t ex excision av crossbone, osteotomi etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Syndaktylidelning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Fullhudstransplantat	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Annat,	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (fritext) _____		
<input type="checkbox"/>	<b>Snörfåresyndrom</b>		
	Z-plastiker	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Excision av snörfåra	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Syndaktylidelning, interdigitalvecksplastik	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Excision av distal fingerstump	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Annat,	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (fritext) _____		
<input type="checkbox"/>	<b>Överväxt / hypertrofi / makrodaktyli</b>		
	Debulkning av mjukdelar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Osteotomi (vinkel, förkortning etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Fysiodes (för att stoppa tillväxt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Amputation	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Annat,	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (fritext) _____		

# 12A. MEDFÖDDA AVVIKELSER

## Operationsformulär



- Tumörer och kärlmissbildningar**
- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Excision brosktumör ( <i>t ex enchondrom/osteochondrom</i> ) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Excision bentumör ( <i>exostos</i> )                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Excision kärltumör / missbildning                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Excision nervtumör ( <i>t ex neurofibrom</i> )               | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Utrymning av annan anomal mjukvävnad ( <i>t ex amyloid</i> ) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annat,   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Specificera (*fritext*) \_\_\_\_\_

- Kampto- / Klinodaktyli**
- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Volar release av kamptodaktyli                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Fullhudstransplantation  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Kilosteotomi vid klinodaktyli                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Delning av bracketepifys ( <i>med eller utan interposition</i> ) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annat,   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Specificera (*fritext*) \_\_\_\_\_

- Övriga diagnoser / ingrepp - Hand**
- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Rekonstruktion av extensorsena ( <i>vid aplasi</i> ) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Rekonstruktion av flexorsena ( <i>vid aplasi</i> )   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Nagelplastik ( <i>t ex vid splittrad nagel</i> )     | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Korrektionsosteotomi för metakarpal synostos 4-5     | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annan korrektionsosteotomi                           | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Distraktionsförlängning vid brachymetakarpi          | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annat,   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Specificera (*fritext*) \_\_\_\_\_

### DIAGNOSER och OPERATIONER UNDERARM / HANDELED

Flera alternativ kan väljas

- Radial reduktionsmissbildning / radial club hand**
- |  |                                    |                              |
|--|------------------------------------|------------------------------|
| Mjukdelsdistraktion med extern fixation                    | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ange typ av fixator  | Monopolär <input type="checkbox"/> |                              |
| Ringdistraktor   | <input type="checkbox"/>           |                              |
| Mjukdelsrelease och rotationslambå ( <i>t ex bilobär</i> ) | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     |
| Radialisering <u>utan</u> resektion av karpalben           | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Centralisering <u>med</u> excision av karpalben            | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ulnaosteotomi  | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Skelettdistraktion radius med extern fixation              | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ange typ av distraktor                                     | Monopolär <input type="checkbox"/> |                              |
| Ringdistraktor   | <input type="checkbox"/>           |                              |
| Handledsartrodes / chondrodes                              | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annat,   | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
- Specificera (*fritext*) \_\_\_\_\_

- Ulnar reduktionsmissbildning**
- |   |                                    |                              |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| Skelettdistraktion ulna med extern fixation | Ja <input type="checkbox"/>        | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ange typ av fixator                         | Monopolär <input type="checkbox"/> |                              |
| Ringdistraktor                              | <input type="checkbox"/>           |                              |

# 12A. MEDFÖDDA AVVIKELSER

## Operationsformulär



Handledarsartros / chondroses Ja  Nej   
Annat, Ja  Nej   
Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

**Ben- / brosktumörer med tillväxtstörning** (t ex multipla exostoser, FFCD etc)  
Excision Ja  Nej   
Osteotomi ulna Ja  Nej   
Osteotomi radius Ja  Nej   
Distraktionsförlängning med extern fixator Ja  Nej   
    Ange typ av fixator      Monopolär   
   Ringdistraktor   
Annat, Ja  Nej   
Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

**Radioulnar synostos**  
Delning av synostos med mjukdelsinterponat Ja  Nej   
Rotationsosteotomi (endast ett alternativ) Ja  Nej   
    Enbart radius   
    Enbart ulna   
    Både radius och ulna   
    I synostosen   
  
Ungefärlig total rotationskorrektur (grader) \_\_\_\_\_

**Madelungs deformitet**  
Osteotomi, t ex domosteotomi Ja  Nej   
Bengraft Ja  Nej   
Excision av Vickers ligament Ja  Nej   
Handledarsartros Ja  Nej   
Ulnaförkortning Ja  Nej   
Annat, Ja  Nej   
Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

**Annat ingrepp som ej listats ovan**  
Karpal osteotomi (t ex carpal wedge vid artrogrypos) Ja  Nej   
Caput ulnae resektion Ja  Nej   
One-bone forearm Ja  Nej   
Annat, Ja  Nej   
Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

Huvudoperatörens initialer: \*

Assistentens initialer: