

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

Operationsdatum (åååå-mm-dd): \*

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

Vid inmatning i 3C hämtas automatiskt följande variabler från "002 grundformulär operation": Operationsdatum, opererad sida, anestesiform samt operatörernas initialer.

## OPERATION (fyll i hela raden för varje opererat finger, endast ett alternativ i varje fält)

Operations-ID  [Hämta] vid reg i 3C

Instruktion: Fyll i operations-ID genererat av Procordos webbtjänst i fältet ovan och tryck på "Hämta".  
Operationstyp hämtas inte från Procordo och måste anges i formuläret för respektive led.

Operationstyp	Opererad led	Cementfixation	Bentransplantation	
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Primär op <input type="checkbox"/> Revisionsop.	<input type="checkbox"/> Enbart CMC <input type="checkbox"/> Trapeziumimplantat <input type="checkbox"/> STT implantat	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Prox. komponent <input type="checkbox"/> Distal komponent <input type="checkbox"/> Både prox och distal komponent	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Prox. komponent <input type="checkbox"/> Distal komponent <input type="checkbox"/> Både prox. och distal komponent

Implantat 1 CMCI: \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

Implantat 2 CMCI: \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

Implantat 3 CMCI: \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



### Operationstyp

- II**  Primär op  
 Revisionsop.

### Opererad led

- PIP led  
 MCP led  
 Både PIP och MCP led

### Cementfixation

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox och distal komponent

### Bentransplantation

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox. och distal komponent

**Implantat 1 PIP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 2 PIP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 3 PIP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 1 MCP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 2 MCP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 3 MCP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



### Operationstyp

### Opererad led

### Cementfixation

### Bentransplantation

III

- Primär op  
 Revisionsop.

- PIP led  
 MCP led  
 Både PIP och MCP led

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox och distal komponent

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox. och distal komponent

#### Implantat 1 PIP:

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

#### Implantat 2 PIP:

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

#### Implantat 3 PIP:

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

#### Implantat 1 MCP:

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

#### Implantat 2 MCP:

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

#### Implantat 3 MCP:

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



### Operationstyp

### Opererad led

### Cementfixation

### Bentransplantation

IV

- Primär op  
 Revisionsop.

- PIP led  
 MCP led  
 Både PIP och MCP led

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox och distal komponent

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox. och distal komponent

**Implantat 1 PIP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 2 PIP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 3 PIP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 1 MCP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 2 MCP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 3 MCP:** \_\_\_\_\_

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



Operationstyp	Opererad led	Cementfixation	Bentransplantation
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Primär op <input type="checkbox"/> Revisionsop.	<input type="checkbox"/> PIP led <input type="checkbox"/> MCP led <input type="checkbox"/> Både PIP och MCP led	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Prox. komponent <input type="checkbox"/> Distal komponent <input type="checkbox"/> Både prox och distal
		<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Prox. komponent <input type="checkbox"/> Distal komponent <input type="checkbox"/> Både prox och distal	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Prox. komponent <input type="checkbox"/> Distal komponent <input type="checkbox"/> Både prox. och distal
<b>Implantat 1 PIP:</b> _____			
Utgångsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	LOT-nummer:	_____
Tillverkningsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tillverkare:	_____
UDI:	_____ UDI-typ: _____	Implantat -ID	_____
<b>Implantat 2 PIP:</b> _____			
Utgångsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	LOT-nummer:	_____
Tillverkningsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tillverkare:	_____
UDI:	_____ UDI-typ: _____	Implantat -ID	_____
<b>Implantat 3 PIP:</b> _____			
Utgångsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	LOT-nummer:	_____
Tillverkningsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tillverkare:	_____
UDI:	_____ UDI-typ: _____	Implantat -ID	_____
<b>Implantat 1 MCP:</b> _____			
_____			
Utgångsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	LOT-nummer:	_____
Tillverkningsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tillverkare:	_____
UDI:	_____ UDI-typ: _____	Implantat -ID	_____
<b>Implantat 2 MCP:</b> _____			
_____			
Utgångsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	LOT-nummer:	_____
Tillverkningsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tillverkare:	_____
UDI:	_____ UDI-typ: _____	Implantat -ID	_____
<b>Implantat 3 MCP:</b> _____			
_____			
Utgångsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	LOT-nummer:	_____
Tillverkningsdatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tillverkare:	_____
UDI:	_____ UDI-typ: _____	Implantat -ID	_____

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



Handled

**Implantat 1:** \_\_\_\_\_

**Operationstyp**

- Primär op  
 Revisionsop.

**Opererad led**

- Radiokarpal  
 DRU-led  
 Intercarpal protes

**Cementfixation**

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox och distal komponent

**Bentransplantation**

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox. och distal komponent

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 2:** \_\_\_\_\_

- Primär op  
 Revisionsop.

- Radiokarpal  
 DRU-led  
 Intercarpal protes

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox och distal komponent

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox. och distal komponent

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

**Implantat 3:** \_\_\_\_\_

- Primär op  
 Revisionsop.

- Radiokarpal  
 DRU-led  
 Intercarpal protes

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox och distal komponent

- Ingen  
 Prox. komponent  
 Distal komponent  
 Både prox. och distal komponent

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



### Implantat 4:

- |                                       |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primär op    | <input type="checkbox"/> Radiokarpal        | <input type="checkbox"/> Ingen                          | <input type="checkbox"/> Ingen                           |
| <input type="checkbox"/> Revisionsop. | <input type="checkbox"/> DRU-led            | <input type="checkbox"/> Prox. komponent                | <input type="checkbox"/> Prox. komponent                 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Intercarpal protes | <input type="checkbox"/> Distal komponent               | <input type="checkbox"/> Distal komponent                |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> Både prox och distal komponent | <input type="checkbox"/> Både prox. och distal komponent |

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

### Implantat 5:

- |                                       |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primär op    | <input type="checkbox"/> Radiokarpal        | <input type="checkbox"/> Ingen                          | <input type="checkbox"/> Ingen                           |
| <input type="checkbox"/> Revisionsop. | <input type="checkbox"/> DRU-led            | <input type="checkbox"/> Prox. komponent                | <input type="checkbox"/> Prox. komponent                 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Intercarpal protes | <input type="checkbox"/> Distal komponent               | <input type="checkbox"/> Distal komponent                |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> Både prox och distal komponent | <input type="checkbox"/> Både prox. och distal komponent |

Utgångsdatum:     -   -

LOT-nummer: \_\_\_\_\_

Tillverkningsdatum:     -   -

Tillverkare: \_\_\_\_\_

UDI: \_\_\_\_\_ UDI-typ: \_\_\_\_\_

Implantat -ID \_\_\_\_\_

## KOMMENTAR (fritext; t ex antibiotika, olika teknik i olika leder, specialteknik etc):

## REVISION (endast vid revision av tidigare insatt protes)

- Orsak till revision (flera alternativ kan väljas):
- Aseptisk proteslossning
  - Infektion
  - Luxation/dislokation
  - Instabilitet
  - Ledkontraktur
  - Annan (fritext): \_\_\_\_\_

- Revisionsåtgärd (endast ett alternativ):
- Extraktion av protes enbart
  - Extraktion av protes + artrodes
  - Extraktion av protes + senplastik
  - Protesbyte (enligt beskrivning ovan)
  - Annan (fritext): \_\_\_\_\_

# 6A. PROTESKIRURGI

## Operationsformulär SKANNING



**PROTESTAGS KLISTRAS HÄR:**