



Grundformulär OPERATION

Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

Försäkringspatient? Nej Ja Okänt

Opererad sida* Vänster Höger Båda

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

Anmälan till operation:

Skadedatum (registreras endast vid skada= S-diagnoskod):

Skadedatum okänt eller ej relevant

Intakt hud inom operationsområdet? Nej Ja

Antibiotikaproylax? * (antibiotika givet peroralt eller intravenöst före och/eller i samband med operation)

Nej Ja Okänt

Anestesiform* (ange endast ett alternativ, exempelvis om patienten har fått både plexus och blivit sövd **välj narkos**)

Lokalbedövning med stas

Intravenös regionalanestesi

Lokalbedövning utan stas (t. ex WALANT)

Narkos

Plexusanestesi

Annat (specificera) _____

OPERATIONEN ÄR EN (ange endast ett alternativ): *

- 1. Primär operation i en-seansförfarande
- 2. Första operation i behandlingsprogram/flerseansförfarande (t ex senrekonstruktion, rekonstruktion efter trauma, upprepad omläggning/revision pga. infektion etc.)
- 3. Reoperation inom 12 månader (gäller även patient som opererats på annan klinik och vid recidiv pga. Dupuytren)
- 4. Reoperation efter mer än 12 månader (gäller även patient som opererats på annan klinik och vid recidiv pga. Dupuytren)

VID REOPERATION, SVARA PÅ FÖLJANDE FRÅGOR:

Har primär operation skett på annan klinik? Nej Ja

Ange orsak till reoperation (välj ett av alternativen nedan: *)

(Om komplikation, tex infektion, senruptur, etc. registrera under "andra orsaker till operation")

Del i behandlingsprogram/flerseansförfarande – Sista planerade operation i behandlingen? Nej Ja
(t ex senrekonstruktion, rekonstruktion efter trauma, upprepad omläggning/revision pga. infektion, planerad stiftextraktion etc.)

Extraktion av osteosyntesmaterial för att minska obehag eller förebygga komplikation

Reoperation vid Dupuytren's kontraktur efter: Tidigare operation
 Tidigare injektion
 Tidigare nålfasciotomi

Andra orsaker till reoperation (Postoperativ komplikation)

Specificera enligt listan nedan (forts nästa sida):



Grundformulär OPERATION

välj **minst ett alternativ:**

Adherensbildning / kontraktur	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Artrosutveckling efter tidigare kirurgi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Cirkulationssvikt efter mikrokirurgi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Främmande kropp	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hematom / blödning	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hudnekros / sårläkningsproblem	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Infektion, postoperativ (Obs! Primära infektioner ska inte registreras här!)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ledinstabilitet / ligamentskada	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nagelproblem	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nervkompression / kompartmentsyndrom	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nervskada (tex digitalnervskada vid operation av Dupuytren)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Neurom (efter nervskada som opererats)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Osteosyntesrelaterad komplikation (t ex infektion, senruptur etc.)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Proteskomplikation (lossning, dislokation etc.) (Obs! Fyll i utökat operationsformulär om ny protes sätts in!)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Pseudartos / felläkt fraktur eller artrodes	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Recidiv av ganglion eller tumör	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Senruptur (Om ruptur efter primär sensutur ange både sena och finger, tex FDP IV)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ruptur efter primär sensutur? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, ange sena och finger: _____		
Tagställeskomplikation. Om ja, ange lokalisation: _____	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Övrig postoperativ komplikation/orsak. Om ja, specificera: _____	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Diagnoskoder (ICD-10-SE, max 6 koder)

Operationskoder (KKÅ97; max 6 koder)

Ange om möjligt 5 tecken. Observera att Botulinuminjektioner och primär operation i annan region (t ex fot) inte registreras i HAKIR

Huvuddiagnoskod: *

Primär operationskod: *

Diagnoskod 2:

Operationskod 2:

Diagnoskod 3:

Operationskod 3:

Diagnoskod 4:

Operationskod 4:

Diagnoskod 5:

Operationskod 5:

Diagnoskod 6:

Operationskod 6:

Orsakskoder (referens ICD-10-SE, max 3 koder) Orsakskoder anges vid skador och om yttre orsak finns för en komplikation

Orsakskod 1:

Orsakskod 2:

Orsakskod 3:

OBS! Fält markerade med * är obligatoriska att fylla i

Huvudoperatörens initialer: *

Assistentens initialer: