

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

Huvudoperatörens initialer: * Assistentens initialer:

DIAGNOSER och OPERATIONER - HAND *Flera alternativ kan väljas*

- Trigger tumme / finger**
- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Senskideklyvning tumme | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Senskideklyvning finger | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annat, | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Specificera (fritext) _____

- Syndaktyli fingrar (dig 2-5)**
- | | | | |
|---------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Vilket interstitier har friats? | Mellan dig 2 - 3 | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | Mellan dig 3 - 4 | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | Mellan dig 4 - 5 | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- 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 <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Rotationslambå (t ex enl Buck-Gramcko) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Fullhudstransplantat | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Annat, Ja Nej
- Specificera (fritext) _____

- Ulnar polydaktyli**
- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Klipsning (Ligaclip) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ligatur (med suturtråd) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Excision + sutur | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Delning av synostos / osteotomi | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Annat, Ja Nej
- Specificera (fritext) _____

- Radial polydaktyli**
- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Excision av <u>radial</u> extratumme | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Excision av <u>ulnar</u> extratumme | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Osteotomi (för vinkelkorrektin) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Mjukdelsrekonstruktion (ligament, senor) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Korrektion av trefalangtumme/deltafalang | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
- Annat, Ja Nej
- Specificera (fritext) _____

12A. MEDFÖDDA AVVIKELSER

Operationsformulär



<input type="checkbox"/>	Radial reduktionsmissbildning (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 donör, <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 donör		
	Mellanfalang tå <input type="checkbox"/>		
	Grundfalang tå <input type="checkbox"/>		
	med mikrovaskulär tåtransfer	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ange donör		
	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"/>	Central reduktionsmissbildning / cleft hand		
	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"/>	Snörfåresyndrom		
	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"/>	Överväxt / hypertrofi / makrodaktyli		
	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



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Operationsdatum (åååå-mm-dd): *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opererad sida (ett formulär per sida!) *

Vänster Höger

Huvudoperatörens initialer: *

--	--	--	--

Assistentens initialer:

--	--	--	--

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 (<i>fritext</i>)	_____	

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 (<i>fritext</i>)	_____	

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 (<i>fritext</i>)	_____	

DIAGNOSER och OPERATIONER - UNDERARM / HANDLED *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 (<i>fritext</i>)	_____	

12A. MEDFÖDDA AVVIKELSER

Operationsformulär



<input type="checkbox"/>	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"/>		
	Handledsartrodes / chondrodes		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Annat,		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (<i>fritext</i>)	_____		
<input type="checkbox"/>	Ben- / brosktumörer med tillväxtstörning (<i>t ex multipla exostoser, FFCD etc</i>)			
	Excision		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Osteotomi ulna		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Osteotomi radius		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Distraktionsförlängning med extern fixator		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ange typ av fixator	Monopolär <input type="checkbox"/>		
		Ringdistraktor <input type="checkbox"/>		
	Annat,		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (<i>fritext</i>)	_____		
<input type="checkbox"/>	Radioulnar synostos			
	Delning av synostos med mjukdelsinterponat		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Rotationsosteotomi (<i>endast ett alternativ</i>)		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Enbart radius	<input type="checkbox"/>		
	Enbart ulna	<input type="checkbox"/>		
	Både radius och ulna	<input type="checkbox"/>		
	I synostosen	<input type="checkbox"/>		
	Ungefärlig total rotationskorrektur (grader)	_____		
<input type="checkbox"/>	Madelungs deformitet			
	Osteotomi, t ex domosteotomi		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Bengraft		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Excision av Vickers ligament		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Handledsartrodes		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ulnaförkortning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Annat,		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (<i>fritext</i>)	_____		
<input type="checkbox"/>	Annat ingrepp som ej listats ovan			
	Karpal osteotomi (<i>t ex carpal wedge vid artrogrypos</i>)		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Caput ulnae resektion		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	One-bone forearm		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Annat,		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Specificera (<i>fritext</i>)	_____		