

3. Alla åtgärder (slutna eller öppna) som vidtas på en höft som fått diagnosen sent diagnosticerad luxation:

Gäller såväl ny luxation diagnosticerad efter 2 veckors ålder som åtgärd(er) efter tidigare given behandling. För övriga registreras höftabduktionsbehandling för barn födda från 20230101 vid 18 mån kontrollen

Fyll i ett formulär för varje höft som behandlas för DDH

Patient: Personnr: Doktor:

Frågor med möjliga svar**Alla frågor måste besvaras!**

Datum för reposition/kirurgisk åtgärd:

Sida: Höger Vänster

Diagnos/orsak till reposition/kirurgisk åtgärd:

- Höftledsluxation **Q65.2, Q65.0, M24.3** Implantatdefekt **T84.1E** (bäcken) **T84.1F** (höft)
- Dysplasi **Q65.8C** Pseudartros **M84.1E** (bäcken) **M84.1F** (höft)
- Reluxation **Q65.2, Y88.3** Extraktion osteosyntesmaterial **NEU49** (bäcken), **NFU49** (höft)
- Tillväxtstörning i caput femoris **M87.2F, Y88.3** Annat: anges (resp. diagnos-nr + **Y88.3**):
- Infektion **T84.6E** (bäcken) **T84.6F** (höft) + **Y83.1**

Radiologisk utredning innan behandling**OBS. Fyll i ett formulär för varje höft om båda utvecklade DDH. OBS.**

	Höger	Vänster
AI (Acetabular index) (10°- 60°)		
Höftledens läge (enligt IHDI klassifikation)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Preoperativ radiologisk utredning CT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
MRT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Aktuella åtgärder: fyll i det som är relevant för utfört ingrepp (alltid samtliga frågor vid primär reposition)

- Sträckbehandling före reposition Ja Nej
- Undersökning av höften i samband med reposition Enbart klinisk undersökning Klinisk undersökning och röntgen
 Klinisk undersökning och artrografi Klinisk undersökning och ultraljud

	Höger	Vänster
Reposition utförd?	<input type="checkbox"/> Sluten NFH00 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Öppen NFH02, ange: <input type="checkbox"/> Främre <input type="checkbox"/> Medial <input type="checkbox"/> Annan	<input type="checkbox"/> Sluten NFH00 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Öppen NFH02, ange: <input type="checkbox"/> Främre <input type="checkbox"/> Medial <input type="checkbox"/> Annan
Adduktortotenomi NFL39	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Psoastenotomi NFL39	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Femurostotomi NFK59	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Förkortning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Derotation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Varisering <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Valgisering <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Förkortning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Derotation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Varisering <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Valgisering <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Bäckenosteotomi NEK 59	<input type="checkbox"/> Ja (ange typ nedan) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Salter <input type="checkbox"/> Pemberton <input type="checkbox"/> Redirektionell osteotomi <input type="checkbox"/> Dega <input type="checkbox"/> Annan, beskriv:	<input type="checkbox"/> Ja (ange typ nedan) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Salter <input type="checkbox"/> Pemberton <input type="checkbox"/> Redirektionell osteotomi <input type="checkbox"/> Dega <input type="checkbox"/> Annan, beskriv:
------------------------	--	--

Fixationsmetod postoperativt

OBS:Gäller enbart höfter som reponerats (slutet eller öppet)

Tid (1-40 v)

Direkt postoperativt	<input type="checkbox"/> von Rosenskena <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/> Annan, beskriv:
Senare fixation	<input type="checkbox"/> Abduktionsortos <input type="checkbox"/> Annan, beskriv:
Definitioner	Se hjälpbilder som finns upplagda på hemsidan, www.spoq.se under Stöd för vårdpersonal
Radiologisk bedömning	
AI (Acetabular Index)	Se hjälpbild
IHDI klassifikation	Se hjälpbild
Operationsteknik	
Öppen reposition	Innebär att ledkapseln öppnas