

## Perthes sjukdom – Reoperation

fylls i vid RE-operation som utförs före 18 års ålder

Patient: ..... Personnr: ..... Doktor: .....

Frågor med möjliga svar		Vit ruta= obligatorisk, Grå ruta= bör fyllas i, men inte obligatorisk	
Datum för reoperation		Sida	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
<b>Information om reoperation: indikation och åtgärd (en orsak måste väljas):</b>			
<input type="checkbox"/> Osteosyntesmaterial-relaterat M70.8			
<input type="checkbox"/> Hälta pga gluteal insufficiens R26.8			
(Samtidig) op. mot trochanteröverväxt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Typ av operation	<input type="checkbox"/> Trochanterapofyseodes NFK49 <input type="checkbox"/> Trochantertransposition NFL89, ange även: <input type="checkbox"/> Med skruv <input type="checkbox"/> Annat, anges: .....		
<input type="checkbox"/> Implantathaveri innan läkning T84.8 + Y83.1			
<input type="checkbox"/> Infektion T81.4 + Y83.1	Beskriv åtgärden:		
<input type="checkbox"/> Pseudartos M96.0F	Beskriv åtgärden:		
<input type="checkbox"/> Otillräcklig containment vid primäroperation M24.8			
<b>Femur</b>			
Femurosteotomi (NFK 59) utförd?	<input type="checkbox"/> Variserande <input type="checkbox"/> Valgiserande <input type="checkbox"/> Nej (= inga fler svar om femur behövs!)		Rotation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
LCP Pediatric hip plate?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annat osteosyntesmaterial?	<input type="checkbox"/> Ja, ange: ..... <input type="checkbox"/> Nej
Vinkel (10°-50°)		Collum-diafysvinkel postop. (80°-160°)	
<b>Bäcken</b>			
Bäckenosteotomi (NEK 59) utförd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (= inga fler svar om bäckenet behövs!)		
Ange typ av operation	<input type="checkbox"/> Salter <input type="checkbox"/> Trippel <input type="checkbox"/> Dega <input type="checkbox"/> PAO <input type="checkbox"/> Annat, anges:		Osteosyntesmaterial som använts: <input type="checkbox"/> AO-stift <input type="checkbox"/> Skruvar
<b>Trochanteröverväxt</b>			
Är op mot trochanteröverväxt (R26.8) utförd?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Typ av operation	<input type="checkbox"/> Trochanterapofyseodes NFK49 <input type="checkbox"/> Trochantertransposition NFL89 ange även: <input type="checkbox"/> Med skruv <input type="checkbox"/> Annat, anges:		
<b>Höftled</b>			
Höftdistraktion utförd med extern fixation (NFH90)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Övrigt</b>			
Om annan åtgärd, vilken (inkl. åtgärdskod)			
<input type="checkbox"/> Smärta M79.6F + Y83.1 – fyll först i alternativen ovan för "otillräcklig containment" <b>SAMT detta:</b>			
<b>Andra operationer</b>			
Artroskopi NFA11	<input type="checkbox"/> Ja, ange åtgärd:		<input type="checkbox"/> Nej
Safe Surgical dislocation NFT99	<input type="checkbox"/> Ja, ange åtgärd:		<input type="checkbox"/> Nej
Höftartroplastik NFBXX	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Annan huvudorsak			
Vilken huvudorsak, om ingen av ovan angivna?			

Vilken åtgärd (inkl. åtgärdskod)	
----------------------------------	--