

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Felder sind komplett auszufüllen.

Fragetypen nur 1 Antwort erlaubt mehrere Antworten erlaubt

Seite	DAF Format	Einverständnis Patient
<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	<input type="radio"/> minimal <input type="radio"/> wissenschaftlich	<input type="radio"/> liegt vor <input type="radio"/> liegt nicht vor

Wenn Format "minimal" markiert ist, sind nur die farbig unterlegten Fragen erlaubt.
Wenn "wissenschaftlich" markiert ist, sind fett umrandete Subformulare obligatorisch.

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname	Geburtsvorname	Geschlecht m / w
Strasse		Pat.-Nr. (Klinikintern)
Land	Postleitzahl	Wohnort
Sozialversicherungsnummer		Geburtsstag (TT.MM.JJJJ)
Geburtsnachname	Geburtsort	Bundes- / Geburtsland

Pflichtangaben

Nachuntersuchung

Status Nachuntersuchung	<input type="radio"/> Nachuntersuchung durchgeführt	<input type="radio"/> Patient verhindert	<input type="radio"/> Arztwechsel	<input type="radio"/> Patient verstorben	Todesjahr
	<input type="radio"/> Patient verhindert, Röntgen verfügbar	<input type="radio"/> Patient verweigert	<input type="radio"/> Patient unauffindbar		<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/> 25

Nachuntersuchung

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Monat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Jahr 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

Anzahl OSG-Arthroplastiken 1 2 3 4 5 6 6

Untersuchungszeitpunkt 6 Wochen 9 Monate 3 Jahre 6 Jahre 9 Jahre 12 Jahre 15 Jahre
 3 Monate 1 Jahr 4 Jahre 7 Jahre 10 Jahre 13 Jahre > 15 Jahre
 6 Monate 2 Jahre 5 Jahre 8 Jahre 11 Jahre 14 Jahre

Radiologisch/klinische Untersuchung

BEURTEILUNG & PROCEDERE

Tibia-Komponente(n)	Talus-Komponente(n)	Infektion	Patientenzufriedenheit	Radiologische Details	Entscheidung
<input type="radio"/> keine Lockerung	<input type="radio"/> keine Lockerung	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> exzellent	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine weitere Nachuntersuchung
<input type="radio"/> mögliche Lockerung	<input type="radio"/> mögliche Lockerung	<input type="radio"/> vermutlich	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> weitere Nachuntersuchung
<input type="radio"/> wahrscheinliche Lock.	<input type="radio"/> wahrscheinliche Lock.	<input type="radio"/> definitiv	<input type="radio"/> mässig		<input type="radio"/> weitere Operation/ Revision vorgesehen
<input type="radio"/> definitive Lockerung	<input type="radio"/> definitive Lockerung		<input type="radio"/> schlecht		Ausser im Todesfall bitte immer angeben.

Nachuntersuchung Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Grösse(cm)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 135 140 145 150 155 160 165 170
 175 180 185 190 195 200 205 210

Gewicht(kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 35 40 45 50 55 60 65 70
 75 80 85 90 95 100 105 110

Talonaviculararthrose	USG-Arthrose	Fussdeformitäten	Rückfuss	Beinachse
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Knickfuss <input type="checkbox"/> Hohlfuss <input type="checkbox"/> Senkfuss <input type="checkbox"/> Spreizfuss	<input type="radio"/> Varus <input type="radio"/> Valgus <input type="radio"/> neutral	<input type="radio"/> Varus <input type="radio"/> Valgus <input type="radio"/> neutral
Status OSG Gegenseite	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> OSG-Prothese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese	<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese <input type="checkbox"/> Z.n. Synovektomie	<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG	Status rechtes Knie	Status linkes Knie	Kontralaterale Talonaviculararthrose	Systemische Erkrankungen
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Arthroplastik <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> Varische Beinachse <input type="checkbox"/> Valgische Beinachse <input type="checkbox"/> anderer	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> Arthroplastik <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie <input type="checkbox"/> Varische Beinachse <input type="checkbox"/> Valgische Beinachse <input type="checkbox"/> anderer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch
			Kontralaterale USG-Arthrose	<input type="checkbox"/> Varikosis <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> syst. inflammat. Erkrankung <input type="checkbox"/> andere
			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Soziale Situation	Arbeitssituation
<input type="radio"/> lebt mit Partner <input type="radio"/> lebt mit Familie <input type="radio"/> lebt allein	<input type="radio"/> lebt in Wohngemeinschaft <input type="radio"/> lebt in Einrichtung (Pflege-/Altersheim) <input type="radio"/> andere
<input type="radio"/> nicht gearbeitet seit OP <input type="radio"/> ehemalige Arbeit Teilzeit <input type="radio"/> ehemalige Arbeit Vollzeit <input type="radio"/> ausgesch. nach Wiedereingl.	<input type="radio"/> Wiedereingliederung, neue Tätigkeit <input type="radio"/> entlassen <input type="radio"/> berentet vor Operation <input type="radio"/> berentet seit Operation
	<input type="radio"/> Student/Kind <input type="radio"/> Hausarbeit <input type="radio"/> andere

Klinische Beurteilung

Antwort "wissenschaftlich" in "DAF Format" macht diese Subform obligatorisch.

Allgemeinzustand (ASA)	<input type="radio"/> nicht bekannt <input type="radio"/> ASA1, gesund. <input type="radio"/> ASA2, geringe Beeinträchtigung	<input type="radio"/> ASA3, starke Beeintr. <input type="radio"/> ASA4, lebensbedrohlich <input type="radio"/> ASA5, moribund	Rauchen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerz*	<input type="radio"/> kein Schmerz <input type="radio"/> leichter Schmerz <input type="radio"/> mässiger Schmerz <input type="radio"/> stärkster Schmerz	Einschränkung Gehfähigkeit	<input type="radio"/> unilat. Proth., Gegenst. gesund <input type="radio"/> unilat. Proth., Gegenst. erkrankt <input type="radio"/> bilaterale Prothese <input type="radio"/> andere
Aktivitätseinschränkungen*	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Einschränkung bei Freizeitaktivitäten <input type="radio"/> mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit <input type="radio"/> stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit	Schmerzintensität	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	Schmerzlokalisierung	<input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Bandapparat	
		kein Schmerz			schlimmster Schmerz	Maximale Gehstrecke am Stück*	<input type="radio"/> keine Probleme auf jeglichen Oberflächen <input type="radio"/> mässige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung <input type="radio"/> stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung zu gehen	
						<input type="radio"/> mehr als 600 Meter <input type="radio"/> zwischen 400 und 600 Meter <input type="radio"/> zwischen 100 und 400 Meter <input type="radio"/> weniger als 100 Meter		

(Fortsetzung auf Rückseite)

* = AOFAS - online Scoreberechnung - , ** BMI wird online berechnet

Operateur Assistent

Klinische Beurteilung (Fortsetzung)

FUNKTION (AOFAS)

Gangauffälligkeiten*
 keine oder geringe
 offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)
 deutliche (Gehen schwierig und abnorm)

Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*
 normal o. leichte Einschränkung en (30° o. mehr)
 mäßige Einschränkungen (15 -29°)
 massive Einschränkungen (weniger als 15°)

Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*
 normal oder leichte Einschränkungen (75 - 100% der Norm)
 mäßige Einschränkungen (25 - 74% der Norm)
 massive Einschränkungen (weniger als 25% der Norm)

SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*
 stabil instabil

Ausrichtung/Alignment*
 gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung
 mäßig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung
 schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung

Status im Vergleich zum letzten Besuch
 besser gleich schlechter

Erwartungen erfüllt
 weniger Schmerz bessere Funktion weniger Medikamente andere nicht erfüllt

BEWEGUNGSUMFANG

Plantarflexion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 (Wenn Ext.kontr./Versteifung -->) 5 10 15 20

Dorsalextension (°) 0 5 10 15 20 (Wenn Flex.kontr./Versteifung -->) 5 10 15 20

Inversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40

Eversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40

Klinische Beurteilung Zusatz (optional)

MOBILITÄT

Gangbild
 normal
 hinkend
 instabiles Gangbild

Gehhilfen
 keine
 gelegentlich
 regelmässig

Orthopädische Hilfsmittel
 keine
 Einlagen
 Schuhzurichtung

Analgetika betr. Gelenk
 keine
 gelegentlich
 regelmässig

Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk
 keine
 Cortison
 intraartikuläre Injektion
 andere

Komplikationen

Antwort "Nachuntersuchung durchgeführt" oder " Pat. verstorben" in Frage "STATUS NACHUNTERSUCHUNG" macht diese Subform obligatorisch.

Systemische postoperative Komplikationen
 keine kardiovaskulär tiefe Beinvenen-thrombose Lungenembolie respiratorisch gastrointestinal urologisch neurologisch Tod andere

Lokale postoperative Komplikationen
 keine Hämatom Gefäßverletzung Wundheilungsstörung Infektion Komponentendislokation Nervenschädigung Hautnekrose andere

Konsequenz
 keine operativ stationär konservativ stationär operativ ambulant konservativ ambulant

Radiologie

Antwort "JA" in Frage RADIOLOGISCHE DETAILS (Vorderseite) macht diese Subform obligatorisch.

WINKELMASSE Bilder 1 und 2

Winkel Alpha
 <-15°
 -15° bis -11°
 -10° bis -6°
 -5° bis -1°
 0°
 1° bis 5°
 6° bis 10°
 11° bis 15°
 >15°

Winkel Beta
 <-15°
 -15° bis -11°
 -10° bis -6°
 -5° bis -1°
 0°
 1° bis 5°
 6° bis 10°
 11° bis 15°
 >15°

PRÄOPERATIVE RADIOLUZENZEN Bilder 3 und 4

Tibiakomponente
 nicht vorhanden vorhanden

Taluskomponente
 nicht vorhanden vorhanden

Spezifikation Radioluzenzen TIBIA

RL AP	RL AP	RL LAT	RL LAT	RL AP	RL AP	RL LAT	RL LAT
<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1
<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2
<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3
<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4

Spezifikation Radioluzenzen TALUS

RL AP	RL AP	RL LAT	RL LAT	RL AP	RL AP	RL LAT	RL LAT
<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm	<= 2mm	> 2mm
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1	<input type="checkbox"/> Zone 1
<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2	<input type="checkbox"/> Zone 2
<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3	<input type="checkbox"/> Zone 3
<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4

Winkel Gamma Grad

Änderung Winkel Gamma im Vgl. zur vorigen Untersuchung
 keine Änderung
 Abnahme <5°
 Abnahme >5°
 Zunahme <5°
 Zunahme >5°

Tibiale Komp. integriert
 ja nein

Talare Komp. integriert
 ja nein

Zysten
 keine Tibia Talus

PE-Einlage
 intakt luxiert abgenutzt gebrochen

Sinterung Tibiakomp.
 <= 5mm > 5mm

Sinterung Taluskomp.
 <= 5mm > 5mm

Progrediente Arthrosezeichen angrenzende Mittel-/Rückfussgelenke
 ja nein

Posteriore Osteophytenbildung
 ja nein

Lückenbildung im Bereich posteriore Tibiametaphyse
 ja nein

Bild 1, Winkel Alpha

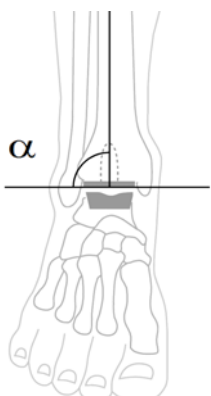


Bild 2, Winkel Beta und Gamma

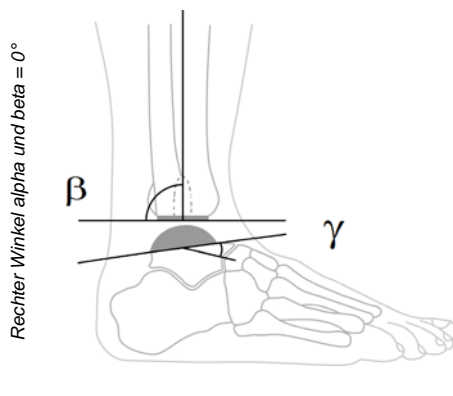


Bild 3, AP RL Zonen

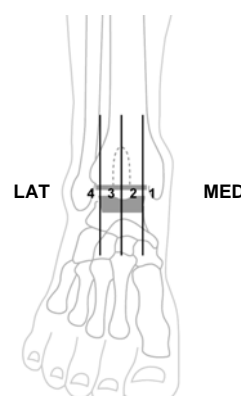
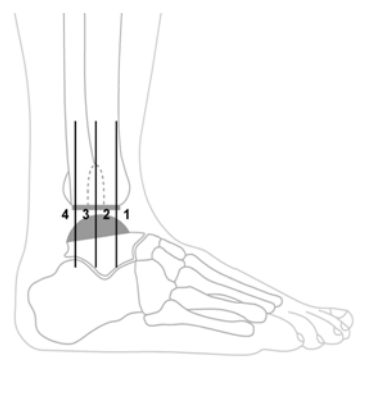


Bild 4, LAT RL Zonen



* = AOFAS wird online berechnet