



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

Fragetypen genau 1 Antwort
 mehrere Antworten

Seite _____ **IDES Format** _____ **Einverständnis Patient** _____
 rechts minimal liegt vor
 links wissenschaftlich liegt nicht vor

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

Pflichtangaben

minimal / wissenschaftlich

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

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

Aufnahme

Tag (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) (C11) (C12) (C13) (C14) (C15) (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25) (C26) (C27) (C28) (C29) (C30) (C31)
Monat (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) (C11) (C12) **Jahr** (C10) (C11) (C12) (C13) (C14) (C15) (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25)
Grösse** (cm) Exakte Werte bei Bedarf online eintragen **Gewicht**** (kg) Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 135 140 145 150 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 205 210 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 105 110

Diagnose

- | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lockerung-Migration Tibiakomp. | <input type="checkbox"/> Inlayluxation | <input type="checkbox"/> Impl.versagen | <input type="checkbox"/> Frühinfekt | <input type="checkbox"/> Gr. Knochendefekt Tibia | <input type="checkbox"/> Impingement |
| <input type="checkbox"/> Lockerung-Migration Taluskomp. | <input type="checkbox"/> Inlayabnutzung | <input type="checkbox"/> Fraktur | <input type="checkbox"/> chronischer Infekt | <input type="checkbox"/> Gr. Knochendefekt Talus | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Lockerung-Migration Schrauben | <input type="checkbox"/> Z. n. Spacer | <input type="checkbox"/> Nekrose | <input type="checkbox"/> ektopische Ossifikationen | <input type="checkbox"/> Einsteifung | <input type="checkbox"/> andere |

Status OSG Gegenseite

- | | | | | | | | |
|---|---|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesund | <input type="checkbox"/> OSG-Prothese | <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese | <input type="checkbox"/> Z.n. Synovektomie | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> >5 |
| <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert | <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese | <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese | <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | |

Anzahl vorheriger Revisionen

Talonaviculararthrose

- ja nein

USG-Arthrose

- ja nein

Fussdeformitäten

- keine Knickfuss Hohlfuss
 Senkfuss Spreizfuss

Rückfuss

- Varus Valgus neutral

Beinachse

- Varus Valgus neutral

Aufnahme Zusatz

(optional)

Diese optionale Subform aktivieren

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

Klinische Beurteilung

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

Allgemeinzustand (ASA)

- nicht bekannt ASA3, starke Beeintr.
 ASA1, gesund ASA4, lebensbedrohlich
 ASA2, geringe Beeinträchtigung ASA5, moribund

Rauchen

- ja nein
Alkohol
 ja nein

Schmerz*

- kein Schmerz mässiger
 leichter stärkster

Einschränkung der Gehfähigkeit

- unilat. Prothese, Gegenseite gesund
 unilat. Prothese, Gegenseite erkrankt
 bilaterale Prothese
 andere

Schmerzintensität

kein Schmerz (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) schlimmster Schmerz

Aktivitätseinschränkungen*

- keine
 Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten
 mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit
 stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit

Maximale Gehstrecke am Stück*

- mehr als 600 Meter
 zwischen 400 und 600 Meter
 zwischen 100 und 400 Meter
 weniger als 100 Meter

Laufoberflächen/Untergrund*

- keine Probleme auf jeglichen Oberflächen
 mässige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung
 stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigungen zu gehen

Gangauffälligkeiten*

- keine oder geringe
 offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)
 deutliche (G. schwierig und abnorm)

Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*

- normal oder leichte Einschränkungen (30° oder mehr)
 mässige Einschränkungen (15 - 29°)
 massive Einschränkungen (weniger als 15°)

Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*

- normal oder leichte Einschränkungen (75 - 100% d. N.)
 mässige Einschränkungen (25 - 74% der Norm)
 massive Einschränkungen (weniger als 25% der Norm)

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

- stabil instabil

Ausrichtung/Alignement*

- gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung
 mässig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung
 schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung

Klinische Beurteilung Zusatz

(optional)

Diese optionale Subform auswählen

MOBILITÄT	Gangbild	Gehhilfen	Orthopädische Hilfsmittel	Rezidivierende Supinationstraumen
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hinkend <input type="checkbox"/> instabiles Gangbild	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmässig	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> Schuhzurichtung	<input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> andere
BEWEGUNGSUMFANG				
	Plantarflexion (°) (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) (C30) 35 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) 30 (C30) (C35) (C40)	Dorsalextension (°) (C0) (C5) (C10) (C15) 20 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) 30 (C30) (C35) (C40)	Inversion (°) (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) 30 (C30) (C35) (C40)	Eversion (°) (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) 30 (C30) (C35) (C40)
Analgetika für betroffenes Gelenk	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> gelegentlich	Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> intraartikul. Injektion <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> andere	Alte OP-Narben
			<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Aussenknöchel	<input type="checkbox"/> Innenknöchel <input type="checkbox"/> ventral, quer
				<input type="checkbox"/> ventral, längs <input type="checkbox"/> ventral, durch Arthroskopie <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologisch

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

Operateur Assistent

Prä-Revisions-Radiologie (optional) Diese optionale Subform aktivieren

WINKELMASSE Winkel Alpha Winkel Beta Winkel Gamma Tibiakomponente Spezifikation präop. Radioluzenzen TIBIA Spezifikation präop. Radioluzenzen TALUS

Operation

Tag Monat Jahr Eingriff Implantaterfassung Fixation Antibiotikaprophylaxe Operationsdauer Intraoperative Röntgenkontrolle Therapie der Komplikationen ICD-Codes Intraop. Plantarflexion Bewgl. Dorsalextension Inversion Eversion

Operation Zusatz (optional) Diese optionale Subform aktivieren

Qualifikation des Operateurs Blutsperrre Blutverlust Narkose Knochenqualität Knochendefekt nach Resektion Pathologieprobe

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

WINKELMASSE Winkel Alpha Winkel Beta Winkel Gamma Tibiakomponente Spezifikation postop. Radioluzenzen TIBIA Spezifikation postop. Radioluzenzen TALUS

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

Tag Monat Jahr Systemische postoperative Komplikationen Lokale postoperative Komplikationen Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen Status Komplikationen Systemisch Lokal