

Anweisungen

- 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
<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> minimal	<input type="radio"/> liegt vor
<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> wissenschaftlich	<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.

Bei Folgeeingriffen am gleichen Fuß ohne, dass an der Prothese oder dem (ehemaligen) Gelenk operative Maßnahmen erfolgen, ist kein Revisionsbogen auszufüllen!

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** (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25) (C26) (C27) (C28) (C29) (C30) (C31)

Grösse (cm)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen **Gewicht** (kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
 135 140 145 150 155 160 165 170 35 40 45 50 55 60 65 70
 175 180 185 190 195 200 205 210 75 80 85 90 95 100 105 110

- Hauptdiagnose** Hauptdiagnose zusätzliche Pathologien
- keine zusätzlichen Pathologien
 - aseptische Lockerung-Migration Tibiakomp.
 - aseptische Lockerung-Migration Taluskomp.
 - aseptische Lockerung Tibia-/Taluskomponenten
 - aseptische Lockerung-Migration Schrauben
 - septische Lockerung-Migration Tibiakomp.
 - septische Lockerung-Migration Taluskomp.
 - septische Lockerung Tibia-/Taluskomponenten
 - septische Lockerung-Migration Schrauben
 - Inlayluxation
 - Inlayabnutzung
 - Wiedereinbau nach Explantation bei Zweizeitigem Wechsel
 - Spacerwechsel bei persistierendem Infekt
 - Spacerausbau bei persistierendem Infekt und Arthrodesse
 - Implantatversagen
 - Nekrose
 - Einsteifung / Arthrofibrose
 - große Knochenzyste(n) tibial
 - große Knochenzyste(n) talar
 - große Knochenzyste(n) tibial und talar
 - prophylaktischer Inlaywechsel bei zweitem Eingriff an Nachbargelenken oder Sehnen
 - Notwendigkeit einer plastischen Deckung
 - Amputation bei chronischem Infekt
 - Fraktur
 - Frühinfekt
 - chronischer Infekt ohne Fistel
 - chronischer Infekt mit Fistel
 - heterotope Ossifikationen
 - grosser Knochendefekt Tibia
 - grosser Knochendefekt Talus
 - Einsteifung
 - Impingement
 - Schmerzen
 - ungeplanter Folgeeingriff aufgrund zusätzlicher Pathologie

bitte spezifizieren unter "zusätzliche Pathologien"

Status OSG Gegenseite	Anzahl vorheriger Revisionen	Talonavikulararthrose	Rückfuss	Beinachse	Fussdeformitäten
<input type="checkbox"/> gesund	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> ja	<input type="radio"/> Varus	<input type="radio"/> Varus	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="radio"/> 1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="radio"/> Valgus	<input type="radio"/> Valgus	<input type="checkbox"/> Senkfuss
<input type="checkbox"/> OSG-Prothese	<input type="radio"/> 2		<input type="radio"/> neutral	<input type="radio"/> neutral	<input type="checkbox"/> Knickfuss
<input type="checkbox"/> OSG-Arthrodesse	<input type="radio"/> 3	USG-Arthrose			<input type="checkbox"/> Spreizfuss
<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellung	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> Hohlfuss
<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese	<input type="radio"/> >5				
<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese					
<input type="checkbox"/> Z.n. Synovialektomie					
<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie					

Aufnahme Zusatz

(optional)

Diese optionale Subform aktivieren

KÖRPERLICHE
UNTERSUCHUNG

Status rechtes Knie

- normal
- erkrankt, nicht operiert
- Arthroplastik
- Z.n. Arthroskopie
- varische Beinachse
- valgische Beinachse
- stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie
- stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie
- stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems
- anderer

Status linkes Knie

- normal
- erkrankt, nicht operiert
- Arthroplastik
- Z.n. Arthroskopie
- varische Beinachse
- valgische Beinachse
- stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie
- stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie
- stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems
- anderer

Kontralaterale Talonavikulararthrose

- ja
- nein

Systemische Erkrankungen

- keine
- neurologisch
- respiratorisch
- kardiovaskulär
- gastrointestinal
- urologisch
- Varikosis
- pAVK
- Adipositas
- Diabetes mellitus
- Syst. inflammät. Erkrankung
- andere

Klinische Beurteilung

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

Allgemeinzustand (ASA)

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

Rauchen

- ja
- nein

Alkohol

- ja
- nein

Schmerz*

- kein Schmerz
- leichter
- mässiger
- stärkster

Schmerzintensität

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

** BMI wird online berechnet

Operateur Assistent

Klinische Beurteilung Fortsetzung

FUNKTION (AOFAS)

<p>Aktivitätseinschränkungen*</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit</p> <p><input type="checkbox"/> stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit</p>	<p>Maximale Gehstrecke am Stück*</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 600 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 400 und 600 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 100 und 400 Meter</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 100 Meter</p>	<p>Laufoberflächen/Untergrund*</p> <p><input type="checkbox"/> keine Probleme auf jeglichen Oberflächen</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung</p> <p><input type="checkbox"/> stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigungen zu gehen</p>
<p>Gangauffälligkeiten*</p> <p><input type="checkbox"/> keine oder geringe</p> <p><input type="checkbox"/> offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)</p> <p><input type="checkbox"/> deutliche (G. schwierig und abnorm)</p>	<p>Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*</p> <p><input type="checkbox"/> normal oder leichte Einschränkungen (30° oder mehr)</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Einschränkungen (15 -29°)</p> <p><input type="checkbox"/> massive Einschränkungen (weniger als 15°)</p>	<p>SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*</p> <p><input type="checkbox"/> stabil</p> <p><input type="checkbox"/> instabil</p> <p>Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*</p> <p><input type="checkbox"/> normal oder leichte Einschränkungen (75 - 100% d. N.)</p> <p><input type="checkbox"/> mäßige Einschränkungen (25 - 74% der Norm)</p> <p><input type="checkbox"/> massive Einschränkungen (weniger als 25% d. N.)</p>
<p>Ausrichtung/Alignement*</p> <p><input type="checkbox"/> gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung</p> <p><input type="checkbox"/> mäßig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung</p> <p><input type="checkbox"/> schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung</p> <p>Würden Sie sich, basierend auf Ihre gemachten Erfahrungen, wieder für diese Operation entscheiden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> ich würde mich für ein alternatives Operationsverfahren entscheiden</p> <p><input type="checkbox"/> ich würde mich noch nicht operieren lassen</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Einschränkung der Gehfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenseite erkrankt</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenst. Proth.</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenst. suprakondyläre Umst.</p> <p><input type="checkbox"/> unilat. Arthrodese, Gegenst. gesund</p> <p><input type="checkbox"/> bilaterale Arthrodese</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>	

Klinische Beurteilung Zusatz (optional)

Diese optionale Subform auswählen

MOBILITÄT

<p>Gangbild</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> hinkend</p> <p><input type="checkbox"/> instabiles Gangbild</p>	<p>Gehhilfen</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p> <p><input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p><input type="checkbox"/> immobil</p>	<p>Orthopädische Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuhzurichtung</p>	<p>Rezidivierende Supinationstraumen</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
---	---	--	---

BEWEGUNGSUMFANG

<p>Plantarflexion (°) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>20 <input type="checkbox"/>25 <input type="checkbox"/>30 <input type="checkbox"/>35 <input type="checkbox"/>40 <input type="checkbox"/>45 <input type="checkbox"/>50</p> <p>Dorsalextension (°) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>20 <input type="checkbox"/>25 <input type="checkbox"/>30 <input type="checkbox"/>35 <input type="checkbox"/>40 <input type="checkbox"/>45 <input type="checkbox"/>50</p>	<p>(Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->)</p> <p>(Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->)</p>	<p>Inversion (°) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>20 <input type="checkbox"/>25 <input type="checkbox"/>30 <input type="checkbox"/>35 <input type="checkbox"/>40 <input type="checkbox"/>45 <input type="checkbox"/>50</p> <p>Eversion (°) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>10 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>20 <input type="checkbox"/>25 <input type="checkbox"/>30 <input type="checkbox"/>35 <input type="checkbox"/>40 <input type="checkbox"/>45 <input type="checkbox"/>50</p>		
<p>Analgetika für betroffenes Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p>Spez. Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> peripher wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> zentral wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> NSAR</p>	<p>Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Kortison</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Alte OP-Narben</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Aussenknöchel</p> <p><input type="checkbox"/> Innenknöchel</p> <p><input type="checkbox"/> lateral, längs</p>	<p>Hautzustand</p> <p><input type="checkbox"/> medial, längs</p> <p><input type="checkbox"/> ventral, quer</p> <p><input type="checkbox"/> ventral, längs</p> <p><input type="checkbox"/> durch Arthroskopie</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p>

Prä-Revisions-Radiologie (optional)

Diese optionale Subform aktivieren

WINKELMASSE

<p>Radiologische Auffälligkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Implantatfehlhage</p> <p><input type="checkbox"/> Implantatbruch</p> <p><input type="checkbox"/> Schwungsäume um Schrauben/Bolzen</p> <p><input type="checkbox"/> Brüche Schrauben/Bolzen</p> <p><input type="checkbox"/> verzögerte Knochenheilung (</=6 Monate)</p>	<p>Zysten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Tibia</p> <p><input type="checkbox"/> Talus</p>
<p>Winkel Alpha</p> <p><input type="checkbox"/> <-15°</p> <p><input type="checkbox"/> -15° bis -11°</p> <p><input type="checkbox"/> -10° bis -6°</p> <p><input type="checkbox"/> -5° bis -1°</p> <p><input type="checkbox"/> 0°</p> <p><input type="checkbox"/> 1° bis 5°</p> <p><input type="checkbox"/> 6° bis 10°</p> <p><input type="checkbox"/> 11° bis 15°</p> <p><input type="checkbox"/> >15°</p>	<p>Winkel Beta</p> <p><input type="checkbox"/> <-15°</p> <p><input type="checkbox"/> -15° bis -11°</p> <p><input type="checkbox"/> -10° bis -6°</p> <p><input type="checkbox"/> -5° bis -1°</p> <p><input type="checkbox"/> 0°</p> <p><input type="checkbox"/> 1° bis 5°</p> <p><input type="checkbox"/> 6° bis 10°</p> <p><input type="checkbox"/> 11° bis 15°</p> <p><input type="checkbox"/> >15°</p>
<p>Änderung Winkel Gamma im Vgl. zur vorigen Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Änderung</p> <p><input type="checkbox"/> Abnahme <5°</p> <p><input type="checkbox"/> Abnahme >5°</p> <p><input type="checkbox"/> Zunahme <5°</p> <p><input type="checkbox"/> Zunahme >5°</p>	
<p>Winkel Gamma</p> <p>..... Grad</p>	

PRÄOPERATIVE RADIOLUZENZEN

<p>Tibiakomponente</p> <p><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> vorhanden</p>	<p>Spezifikation postop. Radioluzenzen TIBIA</p> <table border="0"> <tr> <th>RL AP <= 2mm</th> <th>RL AP > 2mm</th> <th>RL LAT <= 2mm</th> <th>RL LAT > 2mm</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> keine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> </tr> </table>	RL AP <= 2mm	RL AP > 2mm	RL LAT <= 2mm	RL LAT > 2mm	<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 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 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4
RL AP <= 2mm	RL AP > 2mm	RL LAT <= 2mm	RL LAT > 2mm																						
<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 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 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4																						
<p>Taluskomponente</p> <p><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> vorhanden</p>	<p>Spezifikation postop. Radioluzenzen TALUS</p> <table border="0"> <tr> <th>RL AP <= 2mm</th> <th>RL AP > 2mm</th> <th>RL LAT <= 2mm</th> <th>RL LAT > 2mm</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> keine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> <td><input type="checkbox"/> Zone 4</td> </tr> </table>	RL AP <= 2mm	RL AP > 2mm	RL LAT <= 2mm	RL LAT > 2mm	<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 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 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4
RL AP <= 2mm	RL AP > 2mm	RL LAT <= 2mm	RL LAT > 2mm																						
<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 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 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> Zone 4																						
<p>Talare Komp. integriert</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>PE-Einlage</p> <p><input type="checkbox"/> intakt</p> <p><input type="checkbox"/> luxiert</p> <p><input type="checkbox"/> abgenutzt</p> <p><input type="checkbox"/> gebrochen</p>	<p>Sinterung Tibiakomp.</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> <= 5mm</p> <p><input type="checkbox"/> > 5mm</p>	<p>Sinterung Taluskomp.</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> <= 5mm</p> <p><input type="checkbox"/> > 5mm</p>																						

* = AOFAS - online Scoreberechnung

Operation

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 (C16) (C17) (C18) (C19) (C20) (C21) (C22) (C23) (C24) (C25) (C26) (C27) (C28) (C29) (C30) (C31)

EINGRIFF

Haupteingriff - Revision

- Austausch Tibiakomponente
- Austausch Taluskomponente
- Austausch Tibia- und Taluskomponente
- Osteosynthese bei periproth. Fx+ Austausch Tibiakomponente
- Osteosynthese bei periproth. Fx+ Austausch Taluskomponente
- Osteosynthese bei periproth. Fx+Austausch Tibia- und Taluskomponente
- Ausbau mit Spacer
- Ausbau ohne Spacer - Wiedereinbau geplant
- Ausbau und Arthrodese
- Unterschenkelamputation
- isolierter Inlaywechsel
- Materialexplantation und Fixateur
- temporäre Implantatentfernung bei Infekt ohne Einlage Antibiotikaträger
- temporäre Implantatentfernung bei Infekt mit Einlage Antibiotikaträger
- ungeplanter Folgeeingriff *bitte spez.*
- zus.Plattenosteosynthese bei verzögerter Knochenheilung oder Pseudarthrose bei simultaner Umstellung

Ungeplanter Folgeeingriff TEP

- Osteosynthese bei periproth. Fx
- Osteotomie der TI z. Achskorrektur
- Osteotomie des Kalkaneus z. Achskorrektur
- Arthrodese OSG
- Arthrodese USG
- Kalkaneusverschiebung
- Kalkaneusverlängerung
- Achillessehnenverlängerung
- laterale Stabilisierung OSG
- mediale Bandrekonstruktion
- laterale Bandrekonstruktion
- Zystenauffüllung
- Synovialektomie bei Reizsynovialtitis / rheumatischer Synovialtitis / Abriebsynovialtitis
- Sekundärer Wundverschluss
- Inlaywechsel bei Frühinfekt
- Inlaywechsel bei Aufbrauch/Abrieb
- Schraube- / Bolzenwechsel
- Abtragung Osteophyten / heterotope Ossifikationen
- Arthrodese talonavikular
- Arthrodese kalkaneokuboidal
- (Lappen) plastische Deckung
- isolierte Materialentfernung von zusätzlichem Osteosynthesematerial bei mechanischer Irritation
- Arthrolyse
- Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) ohne Einlage Antibiotikaträger
- Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) mit Einlage Antibiotikaträger

Zusatzeingriffe

- Osteosynthese bei periproth. Fx
- Osteotomie der TI z. Achskorrektur
- Osteotomie des Kalkaneus z. Achskorrektur
- Arthrodese OSG
- Arthrodese USG
- Kalkaneusverschiebung
- Kalkaneusverlängerung
- Achillessehnenverlängerung
- laterale Stabilisierung OSG
- mediale Bandrekonstruktion
- laterale Bandrekonstruktion
- Zystenauffüllung
- Synovialektomie bei Reizsynovialtitis / rheumatischer Synovialtitis / Abriebsynovialtitis
- Sekundärer Wundverschluss
- Inlaywechsel
- Spongiosaplastik
- Schraube- / Bolzenwechsel
- Abtr. Osteophyten / heterotope Ossifikationen
- Arthrodese talonavikular
- Arthrodese kalkaneokuboidal
- (Lappen) plastische Deckung
- isolierte Materialentfernung von zusätzlichem Osteosynthesematerial bei mech. Irritation
- Arthrolyse
- Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) ohne Einlage Antibiotikaträger
- Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) mit Einlage Antibiotikaträger

Implantaterfassung

- kein Implantat verwendet
- Implantat verwendet
- Erfassung via
 - separater Bogen
 - manuelle Eingabe
 - Scanner basierte Eingabe

ICD-Codes (Zusätzlich zu online generierten Codes)

Fixation

- keine Schrauben
- Schrauben tibial
- Schrauben talar
- Antibiotikaprophylaxe
 - keine Zweimalgabe
 - Einmalgabe öfter

Intraoperative Komplikationen

- keine Nervenverletzung
- Fx. Malleolus med. Sehnenverletzung
- Fx. Malleolus lat. anästhesiologisch
- Fx. Talus
- Fx. Tibia andere
- Gefäßverletzung

Therapie der Komplikationen

- keine Gefäß-/Nervennaht bzw. Rekonstruktion
- K-Draht-Osteosynthese Verwendung einer Revisionskomponente
- Verschraubung
- Plattenosteosynthese andere.....
- Sehnennaht

Operationsdauer

- nicht dokumentiert <1 Std. 1-2 Std. 2-3 Std. >3 Std.

Intraoperative Röntgenkontrolle

- ja nein

BEWEGUNGSUMFANG

Plantarflexion (°) (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) (C30) ~~C35~~ (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) (C-5) (E10) (E15) (E20) Inversion (°) (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) ~~C30~~ (C-5) (E10) (E15) (E20)
 Dorsalexension (°) (C0) (C5) (C10) (C15) ~~C20~~ (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) (C-5) (E10) (E15) (E20) Eversion (°) (C0) (C5) (C10) (C15) (C20) (C25) ~~C30~~ (C-5) (E10) (E15) (E20)

Operation Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Qualifikation des Operateurs

- Spezialisierter Fusschirurg
- Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie
- Facharzt Allgemeinchirurgie
- Orthopäde/Unfallchir. in Weiterbildung
- Allgemeinchirurg in Weiterbildung
- andere

Blutsperre

- keine
- teilweise
- vollständig

Blutverlust

- nicht bekannt
- < 500 ml
- > 500 ml

Narkose

- allgemein
- spinal
- epidural
- andere

Knochenqualität

- normal
- sklerotisch
- osteoporös

Pathologieprobe

- keine Probe
- histologisch
- bakteriologisch

Explantierte Komponente

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Explantierte Materialien und Komponenten

- Keine Taluskomponente
- Schrauben Inlay
- Platte komplette TEP wegen Verfahrenswechsel
- Drähte
- Materialkombination andere
- Tibiakomponente

Explantierte Materialien und Komponenten

- im stationären Aufenthalt 1.5 Jahre 7 Jahre
- <=3 Monate 3 Jahre 8 Jahre
- 6 Monate 4 Jahre 9 Jahre
- 9 Monate 5 Jahre 10 Jahre
- 1 Jahr 6 Jahre

Explantaterfassung

- ja
- nein
- Erfassung via
 - separater Bogen
 - manuelle Eingabe
 - Scanner basierte Eingabe

Postop Radiologie

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

WINKELMASSE	Korrekturbedürftige Implantatfehlage	Beinachse	Tibiakomponente	Spezifikation postop. Radioluzenzen TIBIA			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Rückfußvalgus <5° <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus 5-7° <input type="checkbox"/> Rückfußvalgus >7°	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden	RL AP ≤ 2mm	RL AP > 2mm	RL LAT ≤ 2mm	RL LAT > 2mm
	Winkel Alpha	Winkel Beta	Winkel Gamma	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4
	Winkel Gamma Grad		Spezifikation postop. Radioluzenzen TALUS			
varisch	Dorsalneigung		Taluskomponente	RL AP ≤ 2mm	RL AP > 2mm	RL LAT ≤ 2mm	RL LAT > 2mm
<input type="checkbox"/> <-15° <input type="checkbox"/> <-15° bis -11° <input type="checkbox"/> <-10° bis -6° <input type="checkbox"/> <-5° bis -1° <input type="checkbox"/> 0° <input type="checkbox"/> >1° bis 5° <input type="checkbox"/> >6° bis 10° <input type="checkbox"/> >11° bis 15° <input type="checkbox"/> >15°	<input type="checkbox"/> <-15° <input type="checkbox"/> <-15° bis -11° <input type="checkbox"/> <-10° bis -6° <input type="checkbox"/> <-5° bis -1° <input type="checkbox"/> 0° <input type="checkbox"/> >1° bis 5° <input type="checkbox"/> >6° bis 10° <input type="checkbox"/> >11° bis 15° <input type="checkbox"/> >15°		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4

Entlassung

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

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	(16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31)
Systemische postoperative Komplikationen			Lokale postoperative Komplikationen		
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch	<input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hämatom / Nachblutung <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Komponentendisllokation <input type="checkbox"/> Nervenschädigung <input type="checkbox"/> Hautnekrose <input type="checkbox"/> andere	
Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen			Status Komplikationen		
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> sek. Wundverschluss <input type="checkbox"/> plastische Deckung <input type="checkbox"/> Hämatomevakuatoin <input type="checkbox"/> Inlaywechsel	<input type="checkbox"/> TEP-Ausbau <input type="checkbox"/> Spacer <input type="checkbox"/> Arthrodese <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> systemische Antibiose <input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff wegen Nervenläsion	<input type="checkbox"/> Gefäßrekonstruktion <input type="checkbox"/> Nervennaht (primär) <input type="checkbox"/> andere	Systemisch <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> fortbestehend		
			Lokal <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> fortbestehend		

Bild 1, Winkel Alpha

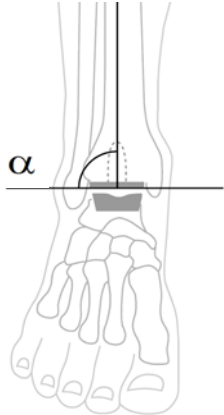


Bild 2, Winkel Beta und Gamma

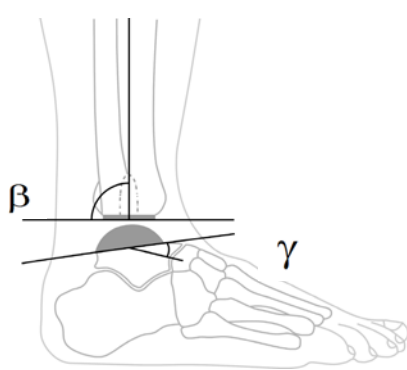


Bild 3, AP RL Zonen

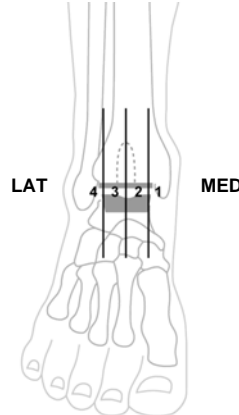


Bild 4, LAT RL Zonen

