

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>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>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>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. supramalleoläre 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)

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"/> UAGS</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator/Gehbock</p>	<p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> immobil</p>	<p>Diese optionale Subform auswählen Orthopädische Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Einlagen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuhzurichtung</p>	<p><input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe</p> <p><input type="checkbox"/> Orthesen</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Rezidivierende Supinationstraumen</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BEWEGUNGSSUMFANG

Plantarflexion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

Dorsalextension (°) 0 5 10 15 20 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

<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>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><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Prä-Revisions-Radiologie (optional)

<p>Radiologische Auffälligkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Implantatfehlage</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><input type="checkbox"/> Pseudarthrose (> 6 Monate post-OP)</p> <p><input type="checkbox"/> Schwungsäume > 2 mm</p>	<p>Diese optionale Subform aktivieren</p> <p><input type="checkbox"/> Osteolysen</p> <p><input type="checkbox"/> Achsfehlstellung um mehr als 5° (statt der Angaben zum Rückfußvalgus)</p> <p><input type="checkbox"/> sekundärer Korrekturverlust</p>	<p>Zysten</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Tibia</p> <p><input type="checkbox"/> Talus</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Operation

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

EINGRIFF

<p>Haupteingriff - Revision</p> <p><input type="checkbox"/> Materialexplantation und Fixateur</p> <p><input type="checkbox"/> Re-Osteosynthese / Verfahrenswechsel</p> <p><input type="checkbox"/> zusätzliche Plattenosteosynthese bei verzögerter Knochenheilung oder Pseudarthrose</p> <p><input type="checkbox"/> temporäre Implantatentfernung bei Infekt ohne Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> temporäre Implantatentfernung bei Infekt mit Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie der Tibia zur Achskorrektur bei sekundärem Korrekturverlust</p> <p><input type="checkbox"/> TEP-Implantation bei fortgeschrittener Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> ungeplanter Folgeeingriff</p> <p><i>bitte spezifizieren unter "Ungeplanter Folgeeingriff"</i></p>	<p>Ungeplanter Folgeeingriff</p> <p><input type="checkbox"/> Schraube-/Bolzenwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Abtragung Osteophyten/heterotope Ossifikationen</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> (Lappen) plastische Deckung</p> <p><input type="checkbox"/> isolierte Materialentfernung von zusätzlichem Osteosynthesematerial bei mechanischer Irritation</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrolyse</p>	<p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) ohne Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) mit Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Osteosynthese bei periimplantate Fraktur</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese bei fortgeschrittener Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> Synovialektomie bei Reizsynovialitis/rheumatischer Synovialitis/Abriebsynovialitis</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie des Kalkaneus zur Achskorrektur</p> <p><input type="checkbox"/> Unterschenkelamputation</p>
<p>Zusatzeingriffe</p> <p><input type="checkbox"/> Spongiosaplastik</p> <p><input type="checkbox"/> Schraube-/Bolzenwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Abtragung Osteophyten/heterotope Ossifikationen</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese talonavicular</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese kalkaneokuboidal</p> <p><input type="checkbox"/> (Lappen) plastische Deckung</p> <p><input type="checkbox"/> isolierte Materialentfernung von zusätzlichem Osteosynthesematerial bei mechanischer Irritation</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrolyse</p> <p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) ohne Einlage Antibiotikaträger</p>	<p><input type="checkbox"/> Debridement bei Frühinfekt (Implantat belassen) mit Einlage Antibiotikaträger</p> <p><input type="checkbox"/> Osteosynthese bei periimplantate Fraktur</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrodese bei fortgeschrittener Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> Synovialektomie bei Reizsynovialitis/rheumatischer Synovialitis/Abriebsynovialitis</p> <p><input type="checkbox"/> Synovialektomie bei Reizsynovialitis/rheumatischer Synovialitis/Abriebsynovialitis</p> <p><input type="checkbox"/> Osteotomie des Kalkaneus zur Achskorrektur</p> <p><input type="checkbox"/> Unterschenkelamputation</p>	

* = AOFAS - online Scoreberechnung

Operation *Fortsetzung*

Implantaterfassung

- kein Implantat verwendet
- Implantat verwendet

Erfassung via

- separater Bogen
- manuelle Eingabe
- Scanner basierte Eingabe

ICD-Codes *(Zusätzlich zu online generierten Codes)*

.....
.....

Antibiotikaphylaxe

- keine
- Einmalgabe
- Zweimalgabe
- öfter

Intraoperative Komplikationen

- keine
- Fx. Malleolus med.
- Fx. Malleolus lat.
- Fx. Talus
- Fx. Fibula
- Gefässverletzung
- Nervenverletzung
- Sehnenverletzung
- anästhesiologisch
- andere

Therapie der Komplikationen

- keine
- K-Draht-Osteosynthese
- Verschraubung
- Plattenosteosynthese
- Sehnnah
- Gefäss-/Nervennaht bzw. Rekonstruktion
- Verwendung Marknagel
- andere.....

Operationsdauer

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

Intraoperative Röntgenkontrolle

- ja
- nein

Intraop. Plantarflexion (*) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C30 ~~C35~~ (Wenn Ext.kontr. / Versteifung -->) C-5 C10 C15 C20 **Inversion** (*) C0 C5 C10 C15 C20 C25 ~~C30~~ C-5 C10 **Bewgl. Dorsalextension** (*) C0 C5 C10 C15 ~~C20~~ (Wenn Flex.kontr. / Versteifung -->) C-5 C10 C15 C20 **Eversion** (*) C0 C5 C10 C15 C20 C25 ~~C30~~ C-5 C10

Operation Zusatz

(optional) **Diese optionale Subform aktivieren**

Qualifikation des Operateurs

- Spezialisierter Fusschirurg
- Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie
- Facharzt Allgemein Chirurgie
- Orthopäde/Unfallchir. in Weiterbildung
- Allgemein Chirurgie 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
- Marknagel
- Schrauben
- Platte
- Drähte
- Materialkombination
- andere

Explantierte Materialien und Komponenten

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

Explantaterfassung

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

Postop Radiologie

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

Korrekturbedürftige Implantatfehlage

- ja
- nein

Beinachse

- Rückfußvalgus <5°
- Rückfußvalgus 5-7°
- Rückfußvalgus >7°

Implantatfehlage

- keine
- Achsenfehlstellung im Sprunggelenk aufgrund Implantatfehlage
- kritische Spaltgrösse > 5 mm
- andere

Entlassung

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

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

Systemische postoperative Komplikationen

- keine
- kardiovaskulär
- tiefe Beinvenenthrombose
- Lungenembolie
- respiratorisch
- gastrointestinal
- urologisch
- neurologisch
- Tod
- andere

Lokale postoperative Komplikationen

- keine
- Hämatom/Nachblutung
- Wundheilungsstörung
- Infektion
- Komponentendislokation
- ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialfehlage
- ungeplanter Folgeeingriff wegen Materialdislokation
- Nervenschädigung

- Hautnekrose
- andere

Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen

- keine
- Debridement
- sek. Wundverschluss
- plastische Deckung
- Hämatomevakuuation
- Einlage eines Antibiotikaträgers
- Arthrodesese
- Re-Ostoesynthese *bitte spez.*
- Amputation
- systemische Antibiose
- ungeplanter Folgeeingriff wegen Nervenläsion
- Materialentfernung
- Verfahrenswechsel
- Gefässrekonstruktion
- Nervennaht (primär)
- andere

Re-Ostoesynthese

- K-Draht
- Schrauben
- Platten - n. winkelstabil
- Platten - winkelstabil
- Doppelplattenosteosynthese
- Marknagelssystem

Status Komplikationen

- Systemisch**
- geheilt
- gebessert
- fortbestehend
- Lokal**
- geheilt
- gebessert
- fortbestehend