



**Anweisungen**

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

- Fragetypen**
- genau 1 Antwort
  - mehrere Antworten

- Seite**  rechts  links  minimal  **wissenschaftlich**
- Einverständnis Patient**  liegt vor  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!**

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

**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 .....

(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)

(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)

**Diagnose Supramalleoläre Umstellung**  Hauptdiagnose  zusätzliche Pathologien

keine zusätzlichen Pathologien *Nur als Hauptdiagnose zu spezifizieren*

<input type="checkbox"/> aseptische Lockerung-Migration Schrauben <input type="checkbox"/> aseptische Lockerung-Migration Nagel und Platte <input type="checkbox"/> septische Lockerung-Migration Schrauben <input type="checkbox"/> septische Lockerung-Migration Nagel und Platte <input type="checkbox"/> Amputation bei chronischem Infekt <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Frühinfekt <input type="checkbox"/> chronischer Infekt ohne Fistel <input type="checkbox"/> chronischer Infekt mit Fistel <input type="checkbox"/> heterotope Ossifikationen <input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Tibia <input type="checkbox"/> grosser Knochendefekt Talus <input type="checkbox"/> Einsteifung <input type="checkbox"/> Impingment <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Pseudarthrose > 6 Monate nach Primäreingriff	<input type="checkbox"/> Implantatversagen früher als 6 Monate nach Primäreingriff <input type="checkbox"/> verzögerte Knochenheilung <= 6 Monate nach Primäreingriff und Entscheidung zur Re-OP aufgrund von Schmerzen oder aus sozialen Gründen <input type="checkbox"/> Materialbruch <input type="checkbox"/> Materialmigration <input type="checkbox"/> Schraubenlockerung / Bolzenlockerung <input type="checkbox"/> Wechsel Medikamententräger bei chronischem Infekt <input type="checkbox"/> Progress der Arthrose <input type="checkbox"/> ungeplanter Eingriff <i>bitte spezifizieren unter "zusätzliche Pathologien"</i>	<input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Materialfehlheile <input type="checkbox"/> Nagelbruch <input type="checkbox"/> Plattenbruch <input type="checkbox"/> Materiallockerung <input type="checkbox"/> Pseudarthrose > 6 Monate nach Eingriff
--	--	---

<b>Status OSG Gegenseite</b> <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung <input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert <input type="checkbox"/> OSG-Prothese <input type="checkbox"/> OSG-Arthrodese <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellung <input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese <input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese <input type="checkbox"/> Z.n. Synovialektomie <input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<b>Anzahl vorheriger Revisionen</b> (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)	<b>Talonaviculararthrose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>USG-Arthrose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Fussdeformitäten</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Senkfuss <input type="checkbox"/> Knickfuss <input type="checkbox"/> Spreizfuss <input type="checkbox"/> Hohlfuss	<b>Beinachse</b> <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral <b>Rückfuss</b> <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> neutral
--	---	---	--	---

**Aufnahme Zusatz**

(optional)  Diese optionale Subform aktivieren

<b>KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG</b>	<b>Status rechtes Knie</b> <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"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer .....	<b>Kontralaterale Talonaviculararthrose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Kontralaterale USG-Arthrose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Status linkes Knie</b> <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"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte valgierende Umstellungsosteotomie <input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems <input type="checkbox"/> anderer .....	<b>Systemische Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> urologisch <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 .....	

**Klinische Beurteilung**

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

<b>Allgemeinzustand (ASA)</b> <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ASA2, geringe Beeintr. <input type="checkbox"/> ASA4, lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> ASA1, gesund <input type="checkbox"/> ASA3, starke Beeintr. <input type="checkbox"/> ASA5, moribund	<b>Rauchen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Alkohol</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Schmerz*</b> <input type="checkbox"/> kein Schmerz <input type="checkbox"/> mässiger <input type="checkbox"/> leichter <input type="checkbox"/> 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><b>Aktivitätseinschränkungen*</b></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><b>Maximale Gehstrecke am Stück*</b></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><b>Laufoberflächen/Untergrund*</b></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><b>Gangauffälligkeiten*</b></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><b>Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*</b></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><b>SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*</b></p> <p><input type="checkbox"/> stabil</p> <p><input type="checkbox"/> instabil</p>
<p><b>Ausrichtung/Alignement*</b></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><b>Rückfußbewegung (Inversion plus Eversion)*</b></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><b>Würden Sie sich, basierend auf Ihre gemachten Erfahrungen, wieder für diese Operation entscheiden?</b></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><b>Einschränkung der Gehfähigkeit</b></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><b>Gangbild</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> hinkend</p> <p><input type="checkbox"/> instabiles Gangbild</p>	<p><b>Gehhilfen</b></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><b>Diese optionale Subform auswählen Orthopädische Hilfsmittel</b></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><b>Rezidivierende Supinationstraumen</b></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

Inversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

Eversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

<p><b>Analgetika für betroffenes Gelenk</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> regelmässig</p>	<p><b>Spez. Analgetika</b></p> <p><input type="checkbox"/> peripher wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> zentral wirksame Analgetika</p> <p><input type="checkbox"/> NSAR</p>	<p><b>Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p><input type="checkbox"/> Kortison</p> <p><input type="checkbox"/> andere .....</p>	<p><b>Alte OP-Narben</b></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><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><b>Hautzustand</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> pathologisch</p>
--	--	---	--	---	---

**Prä-Revisions-Radiologie** (optional)

EINGRIFF

<p><b>Radiologische Auffälligkeiten</b></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 (&lt;=6 Monate)</p> <p><input type="checkbox"/> Pseudarthrose (&gt; 6 Monate post-OP)</p> <p><input type="checkbox"/> Schwungsäume &gt; 2 mm</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><b>Zysten</b></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

<p><b>Haupteingriff - Revision</b></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><b>Ungeplanter Folgeeingriff</b></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><b>Zusatzeingriffe</b></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
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 C-35 (Wenn Ext.kontr. / Versteifung -->) C-5 C10 C15 C20 Inversion (°) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C-30 C-5 C10
Bewgl. Dorsalextension (°) C0 C5 C10 C15 C-20 (Wenn Flex.kontr. / Versteifung -->) C-5 C10 C15 C20 Eversion (°) C0 C5 C10 C15 C20 C25 C-30 C-5 C10

Operation Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Qualifikation des Operateurs

- Spezialisierte Fusschirurgie
Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie
Facharzt Allgemein Chirurgie
Orthopäde/Unfallchir. in Weiterbildung
Allgemeinchirurgie 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
Drähte
Marknagel
Materialkombination
Schrauben
andere
Platte

Explantierte Materialien und Komponenten

- im stationären Aufenthalt
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
kritische Spaltgröße > 5 mm
Achsenfehlstellung im Sprunggelenk
andere aufgrund Implantatfehlage

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
gastrointestinal
kardiovaskulär
urologisch
tiefe Beinvenenthrombose
neurologisch
Tod
Lungenembolie
andere
respiratorisch

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
systemische Antibiose
Debridement
ungeplanter Folgeeingriff wegen Nervenläsion
sek. Wundverschluss
Materialentfernung
plastische Deckung
Verfahrenswechsel
Hämatomevakuierung
Gefäßrekonstruktion
Einlage eines Antibiotikaträgers
Nervennaht (primär)
Arthrolyse
andere .....
Re-Ostoesynthese bitte spez.
Amputation

Re-Ostoesynthese

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

Status Komplikationen

- Systemisch
geheilt
fortbestehend
Lokal
geheilt
gebessert
fortbestehend