

Anweisungen

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

- Fragetypen**
- genau 1 Antwort
 - mehrere Antworten
 - Pflichtangaben

- Registertyp** **Einverständnis Patient**
- Basisdatensatz liegt vor
 - Basis- und wissenschaftlicher Datensatz liegt nicht vor

Nur zum internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

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

Format "Basis" ist immer auszufüllen. Ausnahme sind Fragen, die weiss hinterlegt sind.

Aufnahme (Basis)

Seite rechts links

Aufnahmedatum

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 26

Hauptindikation

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> primäre Cubitalarthrose | <input type="checkbox"/> Pseudarthrose | <input type="checkbox"/> Instabilitätsarthrose |
| <input type="checkbox"/> Akute Fraktur Radiuskopf, proximale Ulna, distaler Humerus | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Arthrose | <input type="checkbox"/> Akute Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Früher Osteosyntheseversager Radiuskopf, proximale Ulna, distaler Humerus | <input type="checkbox"/> Infektarthropathie | <input type="checkbox"/> andere |
| | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
(Bitte spezifizieren) |

Unfalldatum

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 26

Nebendiagnose

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Früher Osteosyntheseversager Radiuskopf, proximale Ulna, distaler Humerus | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> primäre Cubitalarthrose | <input type="checkbox"/> Pseudarthrose | <input type="checkbox"/> Instabilitätsarthrose |
| <input type="checkbox"/> Akute Fraktur Radiuskopf, proximale Ulna, distaler Humerus | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Arthrose | <input type="checkbox"/> Akute Instabilität |
| | <input type="checkbox"/> Infektarthropathie | <input type="checkbox"/> andere |
| | |
(Bitte spezifizieren) |

Schmerzen

Bitte füllen Sie das Kästchen aus, das der Intensität Ihrer Schmerzen entspricht, wobei "0" keine Schmerzen und "10" stärkst vorstellbare Schmerzen bedeutet.

keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	stärkste Schmerzen, die ich mir vorstellen kann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Stellen Sie sich folgende Frage:

Ein vollkommen normaler Ellenbogen hätte die Schulnote 1. Welche Note von 1-6 würden sie ihrem Ellenbogen geben? **Schulnote**

Aufnahme (wissenschaftlich)

Grösse** 135 140 145 150 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 205 210 **Gewicht**** 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 105 110

Raucher ja nein

AO-Klassifikation - dist. Humerus

- A1 C1
- A2 C2
- A3 C3
- B1 B3/C3
- B2 unbekannt/ nicht eruierbar
- B3 keine Fraktur

Klassifikation Ulna nach Mayo

- Ia unbekannt/ nicht eruierbar
- Ib keine Fraktur
- IIa IIb
- IIIa IIIb

Klassifikation Radiuskopf nach Mason

- Typ 1
- Typ 2
- Typ 3
- Typ 4
- unbekannt/ nicht eruierbar
- keine Fraktur

Sonderformen Radiuskopf

- keine
- terrible triad
- monteggia
- essex-lopresti
- andere
-
(Bitte spezifizieren)

Diagnostik

- Röntgen Standard
- CT
- MRT
- keine Angabe

Vorerkrankungen

- keine
- Vor-OPs Ellenbogen
- neurol. Vorerkrankungen
- gestörte Compliance
- andere
- (Bitte spezifizieren)

Anzahl Vor-OPs

- 1 3 5
- 2 4 > 5

Bewegungsumfang erkrankte Seite AKTIVE nicht erhoben

(Positiver Wert: physiologische Richtung. Negativer Wert: Gegenrichtung bei Kontraktur)

Extension (-120°- 20°) **Flexion** (-20° - 150°) **Pronation** (-90°- 90°) **Supination** (-90°- 90°)

Mayo Elbow Performance Score

- keine moderat
- gering stark

Bewegungsumfang

- Untersuchung unmöglich (schliesst Block aus)
- ROM > 100°
- ROM 50 - 100°
- ROM < 50°
- Stabilität stabil
- etwas instabil
- völlig instabil

Funktionalität

- Funktionalitäten nicht möglich
- Haarekämmen möglich
- selbstständiges Essen möglich
- selbstständige Körperpflege möglich
- Ankleiden möglich
- Schuhe anziehen möglich

Ulnaris-Symptomatik

- keine
- sensibel
- motorisch

Sonstige neurovaskuläre Schäden:

- keine A. brachialis
- N. radialis andere
- N. medianus

Operation (Basis)

Operationsdatum	Operateur	Assistent
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) (C26)	
Zugang	Ligamenterhalt	
<input type="checkbox"/> Trizeps splitting <input type="checkbox"/> Trizeps reflecting <input type="checkbox"/> Trizeps preserving <input type="checkbox"/> Olecranon-Osteotomie <input type="checkbox"/> Kocher	<input type="checkbox"/> Erweiterter Kocher <input type="checkbox"/> Boyd <input type="checkbox"/> anderer (Bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Medial iatrogen abgelöst <input type="checkbox"/> Medial traumabedingt rupturiert <input type="checkbox"/> Lateral iatrogen abgelöst <input type="checkbox"/> Lateral traumabedingt rupturiert
Prothesendesign		Verankerung
<input type="checkbox"/> Totalprothese gekoppelt mit Radiuskopfersatz <input type="checkbox"/> Totalprothese gekoppelt ohne Radiuskopfersatz <input type="checkbox"/> Totalprothese ungekoppelt mit Radiuskopfersatz <input type="checkbox"/> Totalprothese ungekoppelt ohne Radiuskopfersatz	<input type="checkbox"/> Radiuskopfprothese monobloc <input type="checkbox"/> Radiuskopfprothese modular monopolar <input type="checkbox"/> Radiuskopfprothese modular bipolar <input type="checkbox"/> Hemiprothese distaler Humerus	<input type="checkbox"/> zementiert <input type="checkbox"/> unzementiert pressfit <input type="checkbox"/> hybrid Humerus zementiert <input type="checkbox"/> hybrid Humerus zementfrei <input type="checkbox"/> Intentionally loose
Ulnarishandling	<input type="checkbox"/> no touch <input type="checkbox"/> Neurolyse <input type="checkbox"/> Neurolyse - Transposition	
Registrierung der Komponenten	<input type="checkbox"/> Ja (elektronisch aus EPD Prothesenkatalog)	

Operation (wissenschaftlich)

Zusätzliche Prozeduren		Allgemeinzustand (ASA)	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Refixation LCL <input type="checkbox"/> Refixation MCL <input type="checkbox"/> Refixation Lig. annulare <input type="checkbox"/> Metallentfernung <input type="checkbox"/> Synovektomie <input type="checkbox"/> Bone graft humeral	<input type="checkbox"/> Bone graft ulnar <input type="checkbox"/> Rekonstruktion radialer Pfeiler <input type="checkbox"/> Rekonstruktion ulnarer Pfeiler <input type="checkbox"/> Capitulumersatz zementiert (nur bei Radiuskopfprothese) <input type="checkbox"/> Capitulumersatz unzementiert (nur bei Radiuskopfprothese)	<input type="checkbox"/> off-label Radiuskopfprothese <input type="checkbox"/> OS Olecranon <input type="checkbox"/> OS Coronoid <input type="checkbox"/> OS prox. Ulnaschaft <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	
		<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ASA1, gesund <input type="checkbox"/> ASA2, geringe Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> ASA3, starke Beeintr. <input type="checkbox"/> ASA4 lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> ASA5 moribund	
Radiuskopf	Flansch-Graft	Intraoperative Komplikationen	
<input type="checkbox"/> reseziert <input type="checkbox"/> belassen <input type="checkbox"/> ersetzt <input type="checkbox"/> war bereits reseziert	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> autologer Knochen <input type="checkbox"/> Allograft <input type="checkbox"/> Zement	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schaftsprennung Humerus <input type="checkbox"/> Schaftsprennung Ulna <input type="checkbox"/> Schaftsprennung Radius	
		Massnahmen	
		<input type="checkbox"/> Kondylenfraktur <input type="checkbox"/> Coronoidfraktur <input type="checkbox"/> Olecranonfraktur <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	
Intraoperative Beweglichkeit			
Extension (-120° - 20°)	Flexion (-20° - 150°)	Pronation (-90° - 90°)	Supination (0° - 90°)

Entlassung (wissenschaftlich)

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) (C26)	
Nachbehandlung	Humerus-Schaft implantiert in	Ulna-Schaft implantiert in
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ruhigstellung in Streckung <input type="checkbox"/> Ruhigstellung 90° <input type="checkbox"/> Frühfunktionell <input type="checkbox"/> Frühfunktionell mit Orthese <input type="checkbox"/> Beübung aus der Schiene <input type="checkbox"/> Keine aktive Extension für 4-6 Wochen <input type="checkbox"/> Gips/Orthese <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> regelrecht <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> Flexion <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> regelrecht <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> Flexion <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)
	Radiuskomponente implantiert in	Capitulum implantiert in
	<input type="checkbox"/> regelrecht <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> Flexion <input type="checkbox"/> Overstuffing <input type="checkbox"/> Understuffing <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> regelrecht <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> Flexion <input type="checkbox"/> Overstuffing <input type="checkbox"/> Understuffing <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)
Anzahl verordnete Wochen	Spezifische Komplikationen	Systemische Komplikationen
(C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (C8) (C9) (C10) (Bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Oberflächlicher Wundinfekt <input type="checkbox"/> Tiefer Wundinfekt <input type="checkbox"/> Revisionsbedürftiges Hämatom <input type="checkbox"/> Fragmentdislokation <input type="checkbox"/> Trizepsschwäche/Ruptur <input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Ulnarisläsion <input type="checkbox"/> Medianusläsion <input type="checkbox"/> Radialisläsion <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> urologisch <input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> tiefe Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)
OP-Revision <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Mögliche Revisionsoperationen		
<input type="checkbox"/> Wundrevision mit Debridement <input type="checkbox"/> Hämatomausräumung <input type="checkbox"/> Fragmentexzision <input type="checkbox"/> Re-Osteosynthese <input type="checkbox"/> Trizepsrefixation	<input type="checkbox"/> Sekundäre Koppelung <input type="checkbox"/> Ligamentrefixation MCL <input type="checkbox"/> Ligamentrefixation LCL <input type="checkbox"/> Ligamentersatzplastik MCL <input type="checkbox"/> Ligamentersatzplastik LCL	<input type="checkbox"/> Revision N. ulnaris <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)

Bemerkungen