

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 Basisdatensatz Basis- und wissenschaftlicher Datensatz

Einverständnis Patient

- liegt vor
- liegt nicht vor

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	

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

Aufnahme (Basis)

Seite	Design der revidierten Prothese	Standzeit der Prothese bei Revision (Monate)
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<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"/> Radiuskopprothese monobloc <input type="checkbox"/> Radiuskopprothese modular monopolar <input type="checkbox"/> Radiuskopprothese modular bipolar <input type="checkbox"/> Hemiprothese distaler Humerus
Aufnahmedatum		
Tag (1-31)	Monat (1-12)	Jahr (10-26)
Indikation		
<input type="checkbox"/> Lockerung Humerus <input type="checkbox"/> Lockerung Ulna <input type="checkbox"/> Lockerung Radiuskopfkomponente (TEP) <input type="checkbox"/> Lockerung Radiuskopprothese <input type="checkbox"/> Lockerung Capitulum <input type="checkbox"/> Frühinfekt bezogen auf Prothesenimplantation (< 3 Mt.) <input type="checkbox"/> Spätinfekt bezogen auf Prothesenimplantation (>3 Mt.)	<input type="checkbox"/> Frühinfekt bezogen auf Symptombeginn (<30 Tage) <input type="checkbox"/> Spätinfekt bezogen auf Symptombeginn (>30 Tage) <input type="checkbox"/> Instabilität/Luxation <input type="checkbox"/> Aufbrauch PE <input type="checkbox"/> Protrusion Hemi <input type="checkbox"/> Protrusion Radiuskopprothese <input type="checkbox"/> Implantatversagen <input type="checkbox"/> Heterotope Ossifikationen	<input type="checkbox"/> Trizepsinsuffizienz <input type="checkbox"/> periproth. Fraktur Humerus, Prothese fest <input type="checkbox"/> periproth. Fraktur Humerus, Prothese gelockert <input type="checkbox"/> periproth. Fraktur Ulna, Prothese fest <input type="checkbox"/> periproth. Fraktur Ulna, Prothese gelockert <input type="checkbox"/> periproth. Fraktur Radius, Prothese fest <input type="checkbox"/> periproth. Fraktur Radius, Prothese gelockert
Unfall- / Ereignisdatum		
Tag (1-31)	Monat (1-12)	Jahr (10-26)

Aufnahme (wissenschaftlich)

Grösse**	Exakte Werte bei Bedarf online eintragen	Gewicht**	Exakte Werte bei Bedarf online eintragen
<input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 145 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 195 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 210		<input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 110	
Diagnostik	Ulnaris-Symptomatik vor Revision	Radialis-Symptomatik vor Revision	Raucher
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Röntgen Standard <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Skelettszintigraphie <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sensibel <input type="checkbox"/> motorisch	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sensibel <input type="checkbox"/> motorisch
Bewegungsumfang erkrankte Seite AKTIV	<input type="checkbox"/> nicht erhoben (Fraktur)		
Extension (-120° - 20°)	Flexion (-20° - 150°)	Pronation (-90° - 90°)	Supination (-90° - 90°)
Mayo Elbow Performance Score	<input type="checkbox"/> Untersuchung unmöglich (schliesst Block aus)		
Schmerzen	Bewegungsumfang	Stabilität	Funktionalität
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> ROM > 100° <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> ROM 50 - 100° <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ROM < 50° <input type="checkbox"/> etwas instabil <input type="checkbox"/> völlig instabil			<input type="checkbox"/> Funktionalitäten nicht möglich <input type="checkbox"/> Haarekämmen möglich <input type="checkbox"/> selbstständiges Essen möglich <input type="checkbox"/> selbstständige Körperpflege möglich
PRÄ-REVISIONSRADIOLOGIE			
Humerus-Schaft Position aktuell	Ulna-Schaft Position aktuell	Prothesenstatus - radiologische Befunde	
<input type="checkbox"/> keiner <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"/> kein pathologischer Befund <input type="checkbox"/> Lockerungszeichen Humerus <input type="checkbox"/> Lockerungszeichen Ulna <input type="checkbox"/> Lockerungszeichen Radius <input type="checkbox"/> Lockerungszeichen Capitulum <input type="checkbox"/> Protrusion Hemi <input type="checkbox"/> Protrusion Radiuskopf <input type="checkbox"/> periartikuläre Ossifikation <input type="checkbox"/> andere (Bitte spezifizieren)	
Radiuskomponente Position aktuell	Capitulum Position aktuell		
<input type="checkbox"/> keine <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"/> keines <input type="checkbox"/> regelrecht <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> Extension	
Prothesenstellung	Flansch	Frakturheilung	Spezifikation der periartikulären Ossifikation (Hastings)
<input type="checkbox"/> regelrecht <input type="checkbox"/> subluxiert <input type="checkbox"/> luxiert	<input type="checkbox"/> kein knöcherner Flansch <input type="checkbox"/> eingeeilt <input type="checkbox"/> nicht geheilt <input type="checkbox"/> resorbiert	<input type="checkbox"/> keine Fraktur <input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> Pseudoarthrose	<input type="checkbox"/> Grad I <input type="checkbox"/> Grad IIA - Flexion/Extension <input type="checkbox"/> Grad IIB - Pronation/Supination <input type="checkbox"/> Grad IIC - beides <input type="checkbox"/> Grad IIIA - Flexion/Extension <input type="checkbox"/> Grad IIIB - Pronation/Supination <input type="checkbox"/> Grad IIIC - beides

Operateur Assistent

Operation

Operationsdatum

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)

Eingriff

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wechsel PE | <input type="checkbox"/> einzeitiger Wechsel Humerus | <input type="checkbox"/> Arthrodesse |
| <input type="checkbox"/> sekundäre Koppelung | <input type="checkbox"/> einzeitiger Wechsel Ulna | <input type="checkbox"/> Sine sine |
| <input type="checkbox"/> sekundäre Konversion HEP auf TEP | <input type="checkbox"/> Explantation Ulna | <input type="checkbox"/> Interpositionsarthroplastik |
| <input type="checkbox"/> Osteosynthese | <input type="checkbox"/> Explantation Humerus | <input type="checkbox"/> Refixation Trizeps |
| <input type="checkbox"/> Radiuskopfxezision | <input type="checkbox"/> Spacerimplantation | <input type="checkbox"/> Anconeusplastik |
| <input type="checkbox"/> Radiuskopfprothesenexplantation | <input type="checkbox"/> Wiedereinbau Ulna nach Spacer | <input type="checkbox"/> Bandplastik |
| <input type="checkbox"/> einzeitiger Radiuskopfprothesenwechsel | <input type="checkbox"/> Wiedereinbau Humerus nach Spacer | <input type="checkbox"/> Wunddebridement und Spülung |
| <input type="checkbox"/> einzeitiger Capitulumersatz | <input type="checkbox"/> Wiedereinbau Radiuskopf nach Spacer | <input type="checkbox"/> anderer (Bitte spezifizieren) |

Ulnarishandling

- no touch in situ
 no touch, war transponiert
 Neurolyse
 Neurolyse - Transposition

Humerusschaft vorgängige Fixation

- keine
 zementiert
 zementfrei

Humerusschaft neue Fixation

- keine
 kein Wechsel
 zementiert
 zementfrei

Ulnaschaft vorgängige Fixation

- keine
 zementiert
 zementfrei

Ulnaschaft neue Fixation

- keine
 kein Wechsel
 zementiert
 zementfrei

Radiuskopf initiales Design

- keine
 modular monopolar
 modular bipolar
 monoblock

Radiuskopf neues Design

- keine
 kein Wechsel
 modular monopolar
 modular bipolar
 monoblock

Radiuskopf vorgängige Fixation

- keine
 zementiert
 zementfrei pressfit
 zementfrei int. loose

Radiuskopf neue Fixation

- keine
 kein Wechsel
 zementiert
 zementfrei
 zementfrei
 zementfrei int. loose

Intraoperative Komplikationen

- keine
 Schaftsprennung Humerus
 Schaftsprennung Ulna
 Schaftsprennung Radius

- Kondylenfraktur
 Coronoidfraktur
 Olecranonfraktur
 andere (Bitte spezifizieren)

Massnahmen

- ja (Bitte spezifizieren)
 nein

Knochenaufbau

- keiner
 Humerus
 Ulna
 Radius

Typ des Knochenaufbaus

- autologe Spongiosa vom Beckenkamm
 RIA
 Impaction grafting autolog
 Impaction grafting allograft (Bitte spezifizieren)
 Allograft
 BMP
 andere

Allgemeinzustand (ASA)

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

Registrierung der Komponenten

- Markieren, wenn Intervention ein Implantat verlangt.
 Ja, Implantat aus EPR Prothesenkatalog
 Kein Prothesenwechsel erfolgt

Entlassung (wissenschaftlich)

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)

Nachbehandlung

- keine
 Ruhigstellung in Streckung
 Ruhigstellung 90°
 Frühfunktionell
 Frühfunktionell mit Orthese
 Beübung aus der Schiene
 Keine aktive Extension für 4-6 Wochen
 Gips/Orthese
 andere (Bitte spezifizieren)

Humerus-Schaft Position aktuell

- keiner
 regelrecht
 Varus
 Valgus
 Extension
 Flexion
 andere (Bitte spezifizieren)

Ulna-Schaft Position aktuell

- keiner
 regelrecht
 Valgus
 Extension
 Flexion
 andere (Bitte spezifizieren)

Radiuskomponente Position aktuell

- keine
 regelrecht
 Varus
 Valgus
 Extension
 Flexion
 Overstuffing
 Understuffing
 andere (Bitte spezifizieren)

Capitulum Position aktuell

- keines
 regelrecht
 Valgus
 Extension
 Flexion
 Overstuffing
 Understuffing
 andere (Bitte spezifizieren)

Anzahl verordnete Wochen

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (Bitte spezifizieren)

Spezifische Komplikationen

- keine
 Wundheilungsstörung
 Oberflächlicher Wundinfekt
 Tiefer Wundinfekt
 Revisionsbedürftiges Hämatom
 Fragmentdislokation
 Trizepsschwäche/Ruptur
 Luxation
 Ulnarisläsion
 Medianusläsion
 Radialisläsion
 andere (Bitte spezifizieren)

Systemische Komplikationen

- keine
 neurologisch
 urologisch
 gastrointestinal
 respiratorisch
 Lungenembolie
 tiefe Beinvenenthrombose
 kardiovaskulär
 Tod
 andere (Bitte spezifizieren)

OP-Revision ja nein

Mögliche Revisionsoperationen

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wundrevision mit Debridement | <input type="checkbox"/> Re-Osteosynthese | <input type="checkbox"/> Ligamentrefixation MCL | <input type="checkbox"/> Ligamentersatzplastik LCL |
| <input type="checkbox"/> Hämatomausräumung | <input type="checkbox"/> Trizepsrefixation | <input type="checkbox"/> Ligamentrefixation LCL | <input type="checkbox"/> Revision N. ulnaris |
| <input type="checkbox"/> Fragmentexzision | <input type="checkbox"/> Sekundäre Koppelung | <input type="checkbox"/> Ligamentersatzplastik MCL | <input type="checkbox"/> andere..... |

Explantierte Komponente Zusatz

(optional)

Diese optionale Subform aktivieren

Radiuskopfprothesen

- nicht explantiert
 Tornier - Judet
 SBI - rHead
 Biomet
 Wright
 Tornier / Bioprofile
 Acumed
 Corin
 anderer Hersteller
 (Bitte spezifizieren)

Ellenbogenprothesen

- nicht explantiert
 Zimmer - Coonrad-Morrey
 Biomet - Discovery
 Kudo
 Tornier- Latitude
 Biomet - iBP
 anderer Hersteller
 (Bitte spezifizieren)

Schaftlänge Radiuskopfprothese Grösse Humeruskomponente Grösse Ulnakomponente