

ZUSATZBOGEN ENDOPROTHETIK HÜFTE

UNTERSUCHUNGSBEFUND

Seite

RECHTS	LINKS
--------	-------

Bewegungsausmaß

Ext ° ° ° Flex

Aro ° ° ° Iro

Abd ° ° ° Add

OP DIAGNOSE UND KATEGORIE

Primäre Endoprothese

<input type="checkbox"/> Idiopathische Coxarthrose
<input type="checkbox"/> Dysplasie Coxarthrose
<input type="checkbox"/> Z.n. M. Perthes
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis
<input type="checkbox"/> Primär traumatische Coxarthrose
<input type="checkbox"/> Posttraumatische Coxarthrose
<input type="checkbox"/> Postseptisch
<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Hüftkopfnekrose
<input type="checkbox"/> Protusionskoxarthrose
<input type="checkbox"/> FAI
<input type="checkbox"/> Sonstiges

TEP-Revision

<input type="checkbox"/> Infekt
<input type="checkbox"/> Nachgewiesener Infekt
<input type="checkbox"/> Pfannenlockerung
<input type="checkbox"/> Schaftlockerung
<input type="checkbox"/> Bruch Gleitpaarung
<input type="checkbox"/> Implantatbruch
<input type="checkbox"/> Rezid. Luxationen
<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Periproth Fraktur
<input type="checkbox"/> Inlayaufbrauch
<input type="checkbox"/> Impingement
<input type="checkbox"/> Fehlimplantation
<input type="checkbox"/> Sonstiges

OPERATION

Periphere Schmerztherapie

<input type="radio"/> Spinalanästhesie
<input type="radio"/> IA/Lokal
<input type="radio"/> Sonstiges

Tranexamsäure

<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> IA
<input type="checkbox"/> Oral

Lagerung

<input type="checkbox"/> RÜCKENLAGE	<input type="checkbox"/> EXTENSIONSTISCH	<input type="checkbox"/> SEITENLAGE
-------------------------------------	--	-------------------------------------

Zugang

<input type="radio"/> Anterior (DAA)
<input type="radio"/> Anterolateral
<input type="radio"/> Posterolateral
<input type="radio"/> Transgluteal
<input type="radio"/> Transfemoral
<input type="radio"/> Sonstiges

Redon

<input type="checkbox"/> Kein
<input type="checkbox"/> IA
<input type="checkbox"/> Subkutan

Implantate

Pfanne

<input type="radio"/> Zementiert
<input type="radio"/> Nicht zementiert

<input type="checkbox"/> Duokopf
<input type="checkbox"/> Pressfit / Schraubpfanne
<input type="checkbox"/> Schraube
<input type="checkbox"/> Augmente
<input type="checkbox"/> Pfannen-dachschale
<input type="checkbox"/> Burch/ Schneider
<input type="checkbox"/> Tantal
<input type="checkbox"/> Tripolar
<input type="checkbox"/> Autologe Spongiosa/ Knochen
<input type="checkbox"/> Homologe Spongiosa/ Knochen
<input type="checkbox"/> Sonstiges

Schaft

<input type="radio"/> Zementiert
<input type="radio"/> Nicht zementiert

<input type="radio"/> Kurzschaft
<input type="radio"/> Standard
<input type="radio"/> Revision
<input type="radio"/> Modular
<input type="radio"/> Nonmodular
<input type="radio"/> Individual
<input type="radio"/> Autologe Spongiosa/ Knochen
<input type="radio"/> Homologe Spongiosa/ Knochen
<input type="radio"/> Sonstiges

Inlay

<input type="radio"/> Keramik
<input type="radio"/> Metall
<input type="radio"/> PE
<input type="radio"/> Sonstige

Kopfmaterial

<input type="radio"/> Keramik
<input type="radio"/> Metall

Kopfgröße

<input type="radio"/> 28 mm
<input type="radio"/> 32 mm
<input type="radio"/> 36 mm
<input type="radio"/> Sonstige

Ausbildungseingriff (assistierter Eingriff durch Weiterbildungsassistenten)

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------	-------------------------------

Intraoperative Komplikation

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------	-------------------------------

Postop Vollbelastung erlaubt

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------	-------------------------------

SPEICHERN

SPEICHERN UND ALS VORLAGE ÜBERNEHMEN