

# Manual för rapportering till Knäosteotomiregistret;

**Personnummer:**

12 siffror

**Sjukhus och sjukhusnummer:**

Finns förtryckt överst till vänster.

Här menas sjukhuset där operationen utförs.

**/ansvarig klinik**

Anges vid behov bredvid sjukhus och sjukhusnummer ifall att operationen utförs på ett sjukhus på uppdrag av en annan klinik (patienter och operatörer tillhör denna).

**Operationsdatum:**

år-månad-dag

**Sida:**

Kryssa i vilken sida. Vid operation av båda knä; använd två formulär, ett till varje knä

**Primär HTO:**

Kryssa i Ja eller Nej.

Re-operation definieras som re-operation av tidigare osteotomi.

Dock ej protesoperation som rapporteras på avsett formulär.

**Typ av primär HTO:**

Kryssa i ett alternativ för den metod/teknik som används.

**Anledning till primär HTO:**

Kryssa i anledning för operation eller skriv anledningen som fri text. OA = artros. Om det finns mer än en anledning markera då huvudanledningen.

**Tidigare operation av aktuellt knä:**

Kryssa i Nej eller ange vilken typ av operation. Notera att här menas de operationer som operatören känner till vid op-tillfället. Det är inte meningen att information skall sökas i gamla journalhandlingar.

**Typ av re-operation:**

Här menas vad som gjorts vid re-operationen. Flera alternativ kan anges samt eventuellt skrivas som fri text.

**Anledning till re-operation:**

Kryssa i anledningen till re-operation.

Om det finns flera anledningar markera då huvudanledningen med t.ex. en understrykning.

**Fixationsnamn:**

Vid operation med extern fixation, ange namn på fixatorn och placera etiketter med artikelnummer för externfixationspinnar på formuläretets baksida.

Vid operation med intern fixation behöver namn ej anges när etiketter med artikelnummer placeras på formulärets baksida.

**Bentransplantation:**

Kryssa i Nej eller använd de relevanta alternativen för typen av ben som använts. Vid användning av syntetiskt ben placera etikett(er) på formulärets baksida.

**Navigation:**

Fyll i Ja eller Nej. Om Ja, ange vilket system som använts (ex. Aesculap, Brain Lab), gärna med modell om det finns.

**Riktinstrument:**

Nament på mekaniskt riktinsturment ifall detta har använts för bedömning av korrigeringen under operationen.

**Drän:**

Kryssa i Nej eller Ja beroende om ett drän har lämnats kvar i operationsområdet.

**Annan operation samtidigt med osteotomin:**

Ange om annan operation utförts vid samma operationstillfälle som osteotomin (t.ex. artroskopi, korsbandsrekonstruktion).

**Operatör:**

Ange operatörens initialer eller kod. (Frivilligt)

**Anestesi:**

Kryssa i vilken typ av anestesi som använts (flera om relevant).

**Blodtomtfält:**

Kryssa i Nej eller Ja ifall det använts blodtomtfält under hela eller delar av operationen.

**Trombosprofylax:**

Välj ett av de tre alternativen; Nej eller Ja med alternativen start av profylaxen preoperativt eller postoperativt. Om ja, ange preparatets namn (ex. Klexane) och dos (ex. 40 mg), antal gånger per dygn (ex. 1) samt planerad behandlingstid (ex 10 dagar).

**Antibiotika:**

Kryssa i Nej eller Ja. Om antibiotika används, ange namn (ex. Ekvacillin), dos (ex. 2 g) och antal gånger per dygn (ex. 3). Ange det klockslag den preoperativa dosen faktiskt har givits, infusionen startat (ex. 12:35).

Till slut, ange alltid planerad behandlingstid.

**ASA klassifikation (American Society of Anaesthesiologists classification):**

Ange den ASA klassifikation som anestesi gett patienten innan operationen.

**Patientens vikt:**

Ange i kg

**Patientens längd:**

Ange i cm

**Operationsstart:**

Tid när kniven sätts i hud (ex. 11:30)

**Operationsslut:**

Tid när huden är suturerad (ex. 13:10)

**Baksida:**

För använt osteosyntesmaterial, fixationspinnar och syntetiskt ben placera klisterlappar/etiketter på formulärets baksida

**VID RE-OPERATION:**

Glöm inte att bifoga operationsberättelse och epikris.