

PROTHESENREGISTER TIROL

Knieprothesen Erstimplantation/Revision

Prothesenregister Tirol
Anichstraße 35
6020 Innsbruck
Tel: 0512-504-22318
www.iert.at



PatientIn (wenn vorhanden NUR ETIKETT hier aufkleben)

FBNr	_____	Abteilung	_____	Internetversion	_____
Familienname	_____	Vorname	_____		
Geburtsname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Tag	Monat	Jahr		
PLZ	_____	Wohnort	_____		
Straße	_____	Hausnummer	_____		

Erstimplantation **Revision** **Definition:** Ein-/Ausbau mindestens eines Prothesenteils. Nur Ein-/Ausbau des Spacer ist keine Revision.

Operationsdaten (bei Revision weiter zum Operationsdatum)

Primäre Diagnose	<input type="checkbox"/> Primäre bikondyläre Arthrose	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis
	<input type="checkbox"/> Primäre unikondyläre Arthrose	<input type="checkbox"/> Posttraumatisch
	<input type="checkbox"/> Primäre patellofemorale Arthrose	<input type="checkbox"/> Aseptische Knochennekrose
	<input type="checkbox"/> Tumorbedingte Implantation	<input type="checkbox"/> Andere: _____

Operationsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Operateur:			
	Tag	Monat	Jahr	(fakultativ)	
Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links			
Zugang	<input type="checkbox"/> Midvastus	<input type="checkbox"/> Subvastus			
	<input type="checkbox"/> Parapatellar medial	<input type="checkbox"/> Parapatellar lateral			
		<input type="checkbox"/> Erweitert (Revision)			
Halbschlitten	<input type="checkbox"/>				

Beschreibung der Komponenten				nur bei Revision ausfüllen
Femur	Tibia	Tibia inlay u./o. Buchse	Patella	Spacer
Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>	Einbau <input type="checkbox"/>
zementiert <input type="checkbox"/>	zementiert <input type="checkbox"/>		zementiert <input type="checkbox"/>	
nicht zem. <input type="checkbox"/>	nicht zem. <input type="checkbox"/>		nicht zem. <input type="checkbox"/>	
Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>	Ausbau <input type="checkbox"/>

**Implantate (Nur Einbau) auswählen
(Auswahlliste getrennt für Erstimplantation/Revision anzeigen)**

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oxford Biomet Halbschlitten | <input type="checkbox"/> LCCK Zimmer | <input type="checkbox"/> LPS DePuy |
| <input type="checkbox"/> NexGen LPS Zimmer | <input type="checkbox"/> RHK Zimmer | <input type="checkbox"/> Andere..... |
| <input type="checkbox"/> Persona Zimmer | <input type="checkbox"/> LCS DePuy | |

NUR BEI REVISION AUSFÜLLEN

Grund der Revision (Mehrfachauswahl)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aseptische Lockerung
<input type="checkbox"/> Infekte
<input type="checkbox"/> Schmerzen

Fraktur:
<input type="checkbox"/> periprothetisch
<input type="checkbox"/> Implantat

<input type="checkbox"/> Andere: | Luxation/Instabilität:
<input type="checkbox"/> Patella
<input type="checkbox"/> Inlay
<input type="checkbox"/> femorotibial
<input type="checkbox"/> Seitenband | Weitere Revisionsgründe:
<input type="checkbox"/> Malimplantation/Malrotation
<input type="checkbox"/> Limitierter Bewegungsumfang (limited ROM)
<input type="checkbox"/> Nekrose Patella
<input type="checkbox"/> Abnutzung/Defekt Inlay
<input type="checkbox"/> Progression Osteoarthritis
<input type="checkbox"/> Achsabweichung |
|---|--|---|