

# PRIMÄR KNÄPROTESOPERATION

Personnummer

Sjukhus/Plats.....

Datum..... Sida Höger Vänster

Vid bilateral operation används två formulär.

Operationsstart (kniv i hud): ..... : .....

ASA	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---

Operationsslut (hud suterad): ..... : .....

Längd (cm): ..... Vikt (kg): .....

## Typ av protes

- |                        |                   |                              |
|------------------------|-------------------|------------------------------|
| TKA utan patella (200) | UKA medial (310)  | Patellofemoral protes (600)  |
| TKA med patella (201)  | UKA lateral (320) | Partiell protes (PRKA) (700) |

## Diagnos/Anledning till primärprotes

- OA/Artros (60)
- RA (58)
- Fraktur (färsk, ej äldre än 3 mån) (152)
- Fraktur, sequele (restillstånd efter fraktur) (100)
- Osteonekros (61)
- Annat (vad) .....

## Bentransplantation

- Nej
- Eget ben
- Bankben
- Syntetiskt ben, vad.....

Nej Ja

**MIS** (minimally invasive surgery)

## Tidigare operation i aktuella knät

- Nej
- Osteotomi
- Korsbandsoperation
- Osteosyntes
- Meniskoperation
- Artroskopi
- Annat (vad) .....

Vid transplantation användes benet i :

- |         |     |    |
|---------|-----|----|
| Femur   | Nej | Ja |
| Tibia   | Nej | Ja |
| Patella | Nej | Ja |

Nej Ja

## Drän:

## Anestesi

- Generell
- Epidural
- Spinal
- Annat .....

Nej Ja

## Blodtomt fält:

Nej Ja

**LIA** (lokal infiltrationsanalgesi):  
Kateter lämnas kvar:

## Trombosprofylax

- Nej (0)
- Ja, start preop (1)
- Ja, start postop (2)
- Långtidsbehandling (3)

## Robotkirurgi:

Nej Ja

Robot (namn): .....

Nej Ja

Mjukvara, version: .....

Nej Ja

*Om en kombination av trombosprofylax planeras:*

Preparatnamn 1.....

Preparatnamn 2.....

Styrka 1.....

Styrka 2.....

Antal gånger per dygn 1:.....

Antal gånger per dygn 2 :.....

Planerad behandlingstid 1 (dygn, max 90 dagar):.....

Planerad behandlingstid 2 (dygn, max 90 dagar):.....

## Antibiotika

Preparatnamn: .....

Cementering Ja Nej

- Nej (0)
- Ja, start preop (1) Styrka: ..... Antal gånger per dygn: .....
- Ja, start postop (2) Antibiotikastart: ..... : .....

Femurdel

Tibiadel

Patella

Femurstam

Tibiastam

Planerad behandlingstid (dygn/timmar): .....

Etiketter klisteras på nästa sida

Enhetens kontaktsekreterare registrerar formuläret på: [www.slr.registercentrum.se](http://www.slr.registercentrum.se)

# PRIMÄR KNÄPROTESOPERATION



Personnummer

Etiketter för delar som används på femur (femurdel, stam, augments .....)

Etiketter för delar som används på tibia (tibiadel, plast/insats, stam, augments .....)

Andra etiketter (cement, patellaknapp.....)

Kom ihåg etikett(er) för cementen!