

Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Felder sind komplett auszufüllen.

- Fragetypen**
- genau 1 Antwort
 - mehrere Antworten

Seite **DAF Format** **Einverständnis Patient**

- rechts minimal liegt vor
- links wissenschaftlich liegt nicht vor

Wenn Format "minimal" markiert ist, sind nur die farbig unterlegten Fragen erlaubt.
Wenn "wissenschaftlich" markiert ist, sind fett umrandete Subformulare obligatorisch.

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname	Geburtsvorname	Geschlecht m / w
Strasse		Pat.-Nr. (Klinikintern)
Land	Postleitzahl	Wohnort
Sozialversicherungsnummer		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Geburtsnachname	Geburtsort	Bundes- / Geburtsland

Pflichtangaben

Nachuntersuchung

Status Nachuntersuchung

<input type="radio"/> Nachuntersuchung durchgeführt	<input type="radio"/> Patient verhindert	<input type="radio"/> Arztwechsel	<input type="radio"/> Patient verstorben	Todesjahr
<input type="radio"/> Patient verhindert, Röntgen verfügbar	<input type="radio"/> Patient verweigert	<input type="radio"/> Patient unauffindbar		<input type="radio"/> C10 <input type="radio"/> C11 <input type="radio"/> C12 <input type="radio"/> C13 <input type="radio"/> C14 <input type="radio"/> C15 <input type="radio"/> C16 <input type="radio"/> C17 <input type="radio"/> C18 <input type="radio"/> C19 <input type="radio"/> C20 <input type="radio"/> C21 <input type="radio"/> C22 <input type="radio"/> C23 <input type="radio"/> C24 <input type="radio"/> C25

Nachuntersuchung

Tag C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C29 C30 C31

Monat C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 C9 C10 C11 C12

Jahr C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C29 C30 C31

Untersuchungszeitpunkt

<input type="radio"/> 6 Wochen	<input type="radio"/> 1 Jahr	<input type="radio"/> 5 Jahre	<input type="radio"/> 9 Jahre	<input type="radio"/> 13 Jahre
<input type="radio"/> 3 Monate	<input type="radio"/> 2 Jahre	<input type="radio"/> 6 Jahre	<input type="radio"/> 10 Jahre	<input type="radio"/> 14 Jahre
<input type="radio"/> 6 Monate	<input type="radio"/> 3 Jahre	<input type="radio"/> 7 Jahre	<input type="radio"/> 11 Jahre	<input type="radio"/> 15 Jahre
<input type="radio"/> 9 Monate	<input type="radio"/> 4 Jahre	<input type="radio"/> 8 Jahre	<input type="radio"/> 12 Jahre	<input type="radio"/> > 15 Jahre

Radiologisch/klinische Untersuchung

BEURTEILUNG & PROCEDERE	Tibia-Komponente(n)	Talus-Komponente(n)	Infektion	Patientenzufriedenheit	Radiologische Details	Entscheidung
	<input type="radio"/> keine Lockerung	<input type="radio"/> keine Lockerung	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> exzellent	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine weitere Nachuntersuchung
	<input type="radio"/> mögliche Lockerung	<input type="radio"/> mögliche Lockerung	<input type="radio"/> vermutlich	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> weitere Nachuntersuchung
	<input type="radio"/> wahrscheinliche Lock.	<input type="radio"/> wahrscheinliche Lock.	<input type="radio"/> definitiv	<input type="radio"/> mässig		<input type="radio"/> weitere Operation/ Revision vorgesehen
	<input type="radio"/> definitive Lockerung	<input type="radio"/> definitive Lockerung		<input type="radio"/> schlecht		<i>Ausser im Todesfall bitte immer angeben.</i>
Würden Sie sich, basierend auf Ihre gemachten Erfahrungen, wieder für diese Operation entscheiden?						
<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> ich würde mich noch nicht operieren lassen				
<input type="radio"/> ich würde mich für ein alternatives Operationsverfahren entscheiden		<input type="radio"/> nein				

Nachuntersuchung Zusatz

(optional) Diese optionale Subform aktivieren

Grösse(cm)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen

C135 C140 C145 C150 C155 C160 C165 C170
 C175 C180 C185 C190 C195 C200 C205 C210

Gewicht(kg)** Exakte Werte bei Bedarf online eintragen

C35 C40 C45 C50 C55 C60 C65 C70
 C75 C80 C85 C90 C95 C100 C105 C110

Talonaviculararthrose	USG-Arthrose	Fussdeformitäten	Rückfuss	Beinachse
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Knickfuss <input type="checkbox"/> Hohlfuss <input type="checkbox"/> Senkfuss <input type="checkbox"/> Spreizfuss	<input type="radio"/> Varus <input type="radio"/> Valgus <input type="radio"/> neutral	<input type="radio"/> Varus <input type="radio"/> Valgus <input type="radio"/> neutral

Status OSG Gegenseite

<input type="checkbox"/> gesund	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellung	<input type="checkbox"/> Z.n. Synovektomie
<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellung	<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie
<input type="checkbox"/> OSG-Prothese	<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese	
<input type="checkbox"/> OSG-Arthrorese	<input type="checkbox"/> Z.n. Fraktur mit Osteosynthese	

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG	Status rechtes Knie	Status linkes Knie	Kontralaterale Talonaviculararthrose	Systemische Erkrankungen
	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Varikosis
	<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert	<input type="checkbox"/> erkrankt, nicht operiert		<input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> pAVK
	<input type="checkbox"/> Arthroplastik	<input type="checkbox"/> Arthroplastik		<input type="checkbox"/> respiratorisch <input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	<input type="checkbox"/> Z.n. Arthroskopie	Kontralaterale USG-Arthrose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> varische Beinachse	<input type="checkbox"/> varische Beinachse			<input type="checkbox"/> gastrointestinal <input type="checkbox"/> syst. inflamm. Erkrankung
<input type="checkbox"/> valgische Beinachse	<input type="checkbox"/> valgische Beinachse	Soziale Situation		<input type="checkbox"/> urologisch <input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> stattgehabte varisierende Umstellungsosteotomie	<input type="radio"/> lebt mit Partner	<input type="radio"/> nicht gearbeitet seit OP	<input type="radio"/> berentet vor Operation
<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie	<input type="checkbox"/> stattgehabte valgusierende Umstellungsosteotomie	<input type="radio"/> lebt mit Familie	<input type="radio"/> ehemalige Arbeit Teilzeit	<input type="radio"/> berentet seit Operation
<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems	<input type="checkbox"/> stattgehabte Implantation eines Dämpfungssystems	<input type="radio"/> lebt allein	<input type="radio"/> ehemalige Arbeit Vollzeit	<input type="radio"/> ausgesch. nach Wiedereingl. Operation
<input type="checkbox"/> anderer	<input type="checkbox"/> anderer	<input type="radio"/> lebt in Wohngemeinschaft	<input type="radio"/> Wiedereingliederung, neue Tätigkeit	<input type="radio"/> Student/Kind <input type="radio"/> Hausarbeit
		<input type="radio"/> lebt in Einrichtung (Pflege-/Altersheim)	<input type="radio"/> entlassen	<input type="radio"/> andere
		<input type="radio"/> andere		

Klinische Beurteilung

FUNKTION (AOFAS)	Allgemeinzustand (ASA)	Rauchen	Schmerz*	Aktivitätseinschränkungen*
	<input type="radio"/> nicht bekannt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> kein Schmerz	<input type="radio"/> keine
	<input type="radio"/> ASA1, gesund.	Alkohol	<input type="radio"/> leichter Schmerz	<input type="radio"/> Einschränkung bei Freizeitaktivitäten
	<input type="radio"/> ASA2, geringe Beeinträchtigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mässiger Schmerz	<input type="radio"/> mässige Einschränkungen in Alltag und Freizeit
<input type="radio"/> ASA3, starke Beeintr.	Schmerzintensität	<input type="radio"/> stärkster Schmerz	<input type="radio"/> stärkste Einschränkungen in Alltag und Freizeit	
<input type="radio"/> ASA4, lebensbedrohlich	<input type="radio"/> C0 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> C3 <input type="radio"/> C4 <input type="radio"/> C5 <input type="radio"/> C6 <input type="radio"/> C7 <input type="radio"/> C8 <input type="radio"/> C9 <input type="radio"/> C10	<input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Bandapparat	Maximale Gehstrecke am Stück*	
<input type="radio"/> ASA5, moribund	kein Schmerz		<input type="radio"/> mehr als 600 Meter <input type="radio"/> zwischen 100 und 400 m	
	Schmerzlokalisierung		<input type="radio"/> zwischen 400 und 600 Meter <input type="radio"/> weniger als 100 Meter	

** BMI wird online berechnet

Operateur

Assistent

Klinische Beurteilung (Fortsetzung)

FUNKTION (AOFAS)

Einschränkung Gehfähigkeit

- unilat. Proth., Gegenst. gesund
- unilat. Proth., Gegenst. erkrankt
- bilaterale Prothese
- unilat. Proth., Gegenst. Arthrodese
- unilat. Proth., Gegenst. suprakondyläre Umst.
- andere

Laufoberflächen/Untergrund*

- keine Probleme auf jeglichen Oberfl.
- mäßige Probleme auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung
- stärkste Probleme oder Unfähigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Gefälle oder Steigung zu gehen

Gangauffälligkeiten*

- keine oder geringe
- offensichtliche (Gehen möglich aber abnorm)
- deutliche (Gehen schwierig und abnorm)

Ausrichtung/Alignment*

- gut, Fuß plantigrad, keine Fehlstellung
- mäßig, Fuß plantigrad, leichte bis mittelschwere Fehlstellung
- schlecht, Fuß nicht plantigrad, starke Fehlstellung

SG-Rückfußstabilität (vordere Schublade, Varus-/Valgusstress)*

- stabil
- instabil

Sagittale Bewegung (Dorsalextension plus Plantarflexion)*

- normal o. leichte Einschränkung en (30° o. mehr)
- mäßige Einschränkungen (15 -29°)
- massive Einschränkungen (weniger als 15°)

Erwartungen erfüllt

- weniger Schmerz
- bessere Funktion
- weniger Medikamente
- andere
- nicht erfüllt

Status im Vergleich zum letzten Besuch

- besser
- gleich
- schlechter

BEWEGUNGSUMFANG

- Plantarflexion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 (Wenn Extensionskontraktur/Versteifung -->) C-5 E10 E15 E20
- Dorsalextension (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 (Wenn Flexionskontraktur/Versteifung -->) C-5 E10 E15 E20
- Inversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50
- Eversion (°) 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

Klinische Beurteilung Zusatz (optional)

MOBILITÄT

Gangbild

- normal
- hinkend
- instabiles Gangbild

Gehhilfen

- keine
- gelegentlich
- regelmässig

Spez. Gehhilfen

- Gehstock
- UAGS
- Rollator/Gehbock
- Rollstuhl
- immobil
- andere

Orthopädische Hilfsmittel

- keine
- Einlagen
- Schuhzurichtung
- orthopädische Schuhe
- Orthesen
- andere

Analgetika betr. Gelenk

- keine
- gelegentlich
- regelmässig
- peripher wirksame Analgetika
- zentral wirksame Analgetika
- NSAR

Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk

- keine
- Kortison
- andere

Komplikationen

Antwort "Nachuntersuchung durchgeführt" oder " Pat. verstorben" in Frage "STATUS NACHUNTERSUCHUNG" macht diese Subform obligatorisch.

Systemische postoperative Komplikationen

- keine
- kardiovaskulär
- tiefe Beinvenen-thrombose
- Lungenembolie
- respiratorisch
- gastrointestinal
- urologisch
- neurologisch
- Tod
- andere

Lokale postoperative Komplikationen

- keine
- Hämatom
- Gefäßverletzung
- Wundheilungsstörung
- Infektion
- Komponentendislokation
- Nervenschädigung
- Hautnekrose
- andere

Konsequenz

- keine
- operativ stationär
- konservativ stationär
- operativ ambulant
- konservativ ambulant

Radiologie

Antwort "JA" in Frage RADIOLOGISCHE DETAILS (Vorderseite) macht diese Subform obligatorisch.

Bilder 1 und 2
WINKELMASSE
varisch

Winkel Alpha

- <-15°
- 15° bis -11°
- 10° bis -6°
- 5° bis -1°
- 0°
- 1° bis 5°
- 6° bis 10°
- 11° bis 15°
- >15°

Winkel Beta

- <-15°
- 15° bis -11°
- 10° bis -6°
- 5° bis -1°
- 0°
- 1° bis 5°
- 6° bis 10°
- 11° bis 15°
- >15°

PRÄOPERATIVE
RADIOLUZENZEN

Tibiakomponente

- nicht vorhanden
- vorhanden

Spezifikation Radioluzenzen TIBIA

- | RL AP | RL AP | RL LAT | RL LAT |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <= 2mm | > 2mm | <= 2mm | > 2mm |
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Zone 1 |
| <input type="checkbox"/> Zone 2 |
| <input type="checkbox"/> Zone 3 |
| <input type="checkbox"/> Zone 4 |

Taluskomponente

- nicht vorhanden
- vorhanden

Spezifikation Radioluzenzen TALUS

- | RL AP | RL AP | RL LAT | RL LAT |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <= 2mm | > 2mm | <= 2mm | > 2mm |
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Zone 1 |
| <input type="checkbox"/> Zone 2 |
| <input type="checkbox"/> Zone 3 |
| <input type="checkbox"/> Zone 4 |

Winkel Gamma Grad

Änderung Winkel Gamma im Vgl. zur vorigen Untersuchung

- keine Änderung
- Abnahme <5°
- Abnahme >5°
- Zunahme <5°
- Zunahme >5°

Tibiale Komp. integriert

- ja
- nein

PE-Einlage

- intakt
- luxiert
- abgenutzt
- gebrochen

Zysten

- keine
- Tibia
- Talus

Sinterung Tibiakomp.

- keine
- <= 5mm
- > 5mm

Sinterung Taluskomp.

- keine
- <= 5mm
- > 5mm

Inlayluxation / Inlayaufbrauch

- ja
- nein

Progrediente Arthrosezeichen angrenzende Mittel-/Rückfussgelenke

- ja
- nein

Posteriore Osteophytenbildung

- ja
- nein

Lückenaufbildung im Bereich posteriore Tibiametaphyse

- ja
- nein

Bild 1, Winkel Alpha

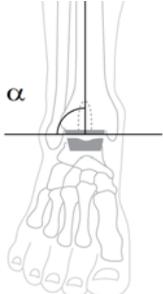


Bild 2, Winkel Beta und Gamma

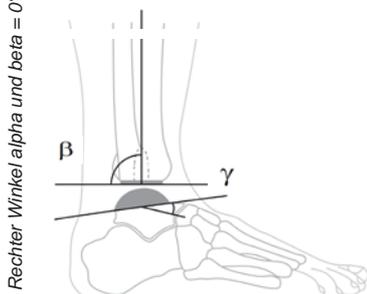


Bild 3, AP RL Zonen

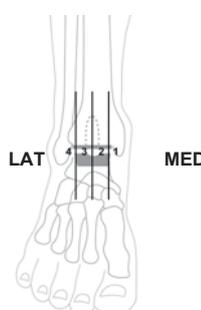
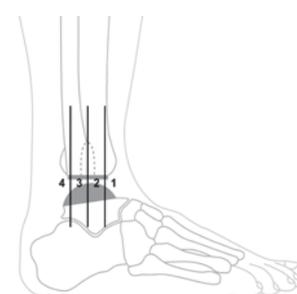


Bild 4, LAT RL Zonen



* = AOFAS wird online berechnet