

Anweisungen

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

Seite

rechts links

Fragetypen

nur 1 Antwort erlaubt
 mehrere Antworten erlaubt

IDES Format minimal wissenschaftlich

Wenn IDES "minimal" markiert ist, sind nur die farbig unterlegten Fragen erlaubt. Fett umrandete Subformulare sind obligatorisch, wenn "wissenschaftlich" markiert ist.

Nur zum internen Gebrauch.
Nicht vom Scanner gelesen.

Nachname	Vorname	Geschlecht
Strasse		Pat.-Nr.
Postleitzahl	Wohnort	
Beruf	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Telefon

Aufnahme

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 C13 C14 C15 C16 C17 C18 C19 C20 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28 C29 C30 C31
 Grösse (cm) Exakte Werte bei Bedarf online eintragen 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
 Gewicht (kg) Exakte Werte bei Bedarf online eintragen 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

Diagnose

Lockerung-Migration Tibiakomp. Inlayluxation Impl.versagen Frühinfekt Gr. Knochendefekt Tibia Impingement
 Lockerung-Migration Taluskomp. Inlayabnutzung Fraktur Chronischer Infekt Gr. Knochendefekt Talus Schmerzen
 Lockerung-Migration Schrauben Dislokation Nekrose Ektopische Ossifikationen Einsteifung andere

Status OSG Gegenseite

gesund OSG-Prothese Z.n. Fraktur ohne Osteosynthese Z.n. Synovektomie Anzahl vorheriger Revisionen C0 C2 C4 C>5
 erkrankt, nicht operiert OSG-Arthrodesis Z.n. Fraktur mit Osteosynthese Z.n. Arthroskopie C1 C3 C5

Talonavicular-arthrose

ja nein

USG-Arthrose

ja nein

Fussdeformitäten

keine Knickfuss Hohlfuss
 Senkfuss Spreizfuss

Rückfuss

Varus Valgus neutral

Beinachse

Varus Valgus neutral

Aufnahme Zusatz

(optional)

Diese optionale Subform aktivieren

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Status rechtes Knie

normal
 erkrankt, nicht operiert
 Arthroplastik
 Z.n. Arthroskopie
 Varische Beinachse
 Valgische Beinachse
 anderer

Status linkes Knie

normal
 erkrankt, nicht operiert
 Arthroplastik
 Z.n. Arthroskopie
 Varische Beinachse
 Valgische Beinachse
 anderer

Kontralaterale Talonaviculararthrose

ja nein

Kontralaterale USG-Arthrose

ja nein

Systemische Erkrankungen

keine Varikosis
 neurologisch pAVK
 respiratorisch Adipositas
 kardiovaskulär Diabetes mellitus
 gastrointestinal Syst. inflammat. Erkrankung
 urologisch andere

Klinische Beurteilung

Antwort "wissenschaftlich" in "IDES Format" macht diese Subform obligatorisch.

Allgemeinzustand (ASA)

nicht bekannt ASA3, starke Beeintr.
 ASA1, gesund. ASA4, lebensbedrohlich
 ASA2, geringe Beeinträchtigung ASA5, moribund

Rauchen

ja nein

Alkohol

ja nein

Gelenkschmerz (betroffenes Gelenk)

keiner mild, gelegentlich
 mässig, täglich stark, fast immer vorhanden

Einschränkung der Gehfähigkeit

unilat. Prothese, Gegenseite gesund
 unilat. Prothese, Gegenseite erkrankt
 bilaterale Prothese
 andere

Aktivitätseinschränkung

keine Einschränkung
 keine Einschränkung bei tägl. Aktivität, Einschränkung bei Freizeit/Hobby/sportl. Aktivitäten
 Einschränkung bei täglichen und bei Freizeitaktivitäten
 starke Einschränkung bei tägl. u. Freizeitaktivitäten wie Spazierengehen; an Krücken gehend, Rollstuhl benutzend

Maximale Gehstrecke

mehr als 1000 m (>6 Blöcke)
 500 - 1000 m (4-6 Blöcke)
 100 - 500 m (1-3 Blöcke)
 weniger als 100 m (<1 Block)

Gehen auf unebenen Flächen

keine Schwierigkeiten
 leichte Schwierigkeiten auf unebenem Terrain, Treppen, Neigungen und beim Leitersteigen
 grosse Schwierigkeiten auf unebenem Terrain, Treppen, Neigungen und beim Leitersteigen

Ganghaltungsanomalien

keine/geringfügige
 offensichtliche
 deutliche

Sagittal-Bewegung (Flexion/Extension)

normal oder leichte Einschränkung (30° u. mehr)
 moderate Einschränkung (15°-29°)
 starke Einschränkung (unter 15°)

Rückfussbeweglichkeit (Inversion/Eversion)

normal oder leichte Einschränkung (75-100% d. Norm)
 moderate Einschränkung (25-74% der Norm)
 starke Einschränkung (unter 25% der Norm)

Sprungelenk/Rückfuss Stabilität (A/P, varus/valgus)

stabil zweifellos instabil

Alignment

Gut; plantigrader Fuss, Sprunggelenk/Rückfuss gut aligniert Schlecht; nicht-plantigrader Fuss, starkes Malalignment; Symptome
 Mässig; plantigrader Fuss, Sprunggelenk/ Rückfuss gewisses Malalignment; keine Symptome

Klinische Beurteilung Zusatz

(optional)

Diese optionale Subform auswählen

MOBILITÄT

Gangbild

normal
 hinkend
 instabiles Gangbild

Gehhilfen

keine
 gelegentlich
 regelmässig

Orthopädische Hilfsmittel

keine orthopäd. Schuhe
 Einlagen andere
 Schuhszurichtung

Rezipivierte Supinationstraumen

ja
 nein

BEWEGUNGSUMFANG

Plantarflexion (°) C0 C10 C20 C30 C40 C50 C60 (Wenn Extensionskontraktur / Versteifung -->) E10 E20 Inversion (°) C30 C20 C10 C0 E10
Dorsalextension (°) C0 C10 C20 C30 C40 (Wenn Flexionskontraktur / Versteifung -->) E10 E20 Eversion (°) C40 C30 C20 C10 C0 E10

Analgetika für betroffenes Gelenk

keine regelmässig
 gelegentlich

Zusätzliche Medikation für betroffenes Gelenk

keine intraartikuläre Injektion
 Cortison andere

Alte OP-Narben

Aussenknöchel ventral, quer
 Innenknöchel ventral, längs
 ventral, durch Arthroskopie

Hautzustand

normal
 pathologisch

Operateur Assistent

Prä-revisionsradiologie (optional) Diese optionale Subform aktivieren

WINKELMASSE Bilder 1 und 2	Winkel Alpha Winkel Beta <input type="checkbox"/> <75° <input type="checkbox"/> <75° <input type="checkbox"/> 75-80° <input type="checkbox"/> 75-80° <input type="checkbox"/> 81-85° <input type="checkbox"/> 81-85° <input type="checkbox"/> 86-89° <input type="checkbox"/> 86-89° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 91-95° <input type="checkbox"/> 91-95° <input type="checkbox"/> 96-100° <input type="checkbox"/> 96-100° <input type="checkbox"/> 101-105° <input type="checkbox"/> 101-105° <input type="checkbox"/> >105° <input type="checkbox"/> >105°	PRÄOPERATIVE RADIOLUZENZEN Bilder 3 und 4	Tibiakomponente <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden Spezifikation präop. 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 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4	Taluskomponente <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden Spezifikation präop. 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 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4
	Winkel Gamma Grad Änderung Winkel Gamma im Vgl. zur vorigen Untersuchung <input type="checkbox"/> keine Änderung <input type="checkbox"/> Zunahme <5° <input type="checkbox"/> Abnahme <5° <input type="checkbox"/> Zunahme >5° <input type="checkbox"/> Abnahme >5°		Tibiale Komp. integriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Talare Komp. integriert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zysten <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Talus PE-Einlage <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> luxiert <input type="checkbox"/> abgenutzt <input type="checkbox"/> gebrochen

Operation

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 W4) W5) W6) W7) W8) W9) C10) C11) C12) C13) C14) C15) C16)

Eingriff

<input type="checkbox"/> Wechsel Tibia + Talus	<input type="checkbox"/> Komponentenausbau	<input type="checkbox"/> Artholyse	<input type="checkbox"/> Arthrodesse talonavicular	<input type="checkbox"/> Calcaneusverschiebg.
<input type="checkbox"/> Wechsel Tibia	<input type="checkbox"/> Subtalararthrodesse	<input type="checkbox"/> Achillessehnenverlängerung	<input type="checkbox"/> Arthrodesse calcaneocuboidal	<input type="checkbox"/> mediale Rekonstr.
<input type="checkbox"/> Wechsel Talus	<input type="checkbox"/> Laterale Bandrekonstruktion	<input type="checkbox"/> Arthrodesse OSG	<input type="checkbox"/> Calcaneussliding	<input type="checkbox"/> Spacer
<input type="checkbox"/> Wechsel Inlay	<input type="checkbox"/> Osteosynthese	<input type="checkbox"/> Arthrodesse USG	<input type="checkbox"/> Calcaneusverlängerung	<input type="checkbox"/> andere

Prothesentyp

<input type="checkbox"/> RAMSES	<input type="checkbox"/> Bueschel-Pappas	<input type="checkbox"/> AES	<input type="checkbox"/> STAR	<input type="checkbox"/> Salto	<input type="checkbox"/> Hintegra	<input type="checkbox"/> Mobility	<input type="checkbox"/> Taric	<input type="checkbox"/> andere
---------------------------------	--	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Fixation

<input type="checkbox"/> keine Schrauben	<input type="checkbox"/> Schrauben tibial	<input type="checkbox"/> Schrauben talar
--	---	--

Operationsdauer

<input type="checkbox"/> nicht dokumentiert	<input type="checkbox"/> <1 Std.	<input type="checkbox"/> 2-3 Std.	<input type="checkbox"/> 1-2 Std.	<input type="checkbox"/> >3 Std.
---	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Intraoperative Röntgenkontrolle

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Intraoperative Komplikationen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Nervenverletzung	<input type="checkbox"/> Sehnenverletzung	<input type="checkbox"/> anästhesiologisch	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Fx. Malleolus med.	<input type="checkbox"/> Fx. Malleolus lat.	<input type="checkbox"/> Gefäßsverletzung		

Therapie der Komplikationen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> K-Draht-Osteosynthese	<input type="checkbox"/> Verschraubung	<input type="checkbox"/> Plattenosteosynthese	<input type="checkbox"/> Sehnennaht	<input type="checkbox"/> Gefäß-/Nervennaht	<input type="checkbox"/> andere
--------------------------------	--	--	---	-------------------------------------	--	---------------------------------------

Intraoperative Beweglichkeit

Extension (°) C10) C0) C10) C20) C30) C40) C50) C60)	Inversion (°) C30) C20) C10) C0) C10)
Flexion (°) C10) C0) C10) C20) C30) C40)	Eversion (°) C10) C0) C10) C20) C30) C40)

Operation Zusatz (optional) Diese optionale Subform aktivieren

Qualifikation des Operateurs <input type="checkbox"/> Spezialisierter Fusschirurg <input type="checkbox"/> Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Facharzt Allgemein Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthopäde/Unfallchir. in Weiterbildung <input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie in Weiterbildung <input type="checkbox"/> andere	Blutsperrre <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig	Blutverlust <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> < 500 ml <input type="checkbox"/> > 500 ml	Narkose <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> spinal <input type="checkbox"/> epidural <input type="checkbox"/> andere	Knochenqualität <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sklerotisch <input type="checkbox"/> osteoporös	Knochendefekt nach Resektion <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Talus
Pathologieprobe <input type="checkbox"/> keine Probe <input type="checkbox"/> histologisch <input type="checkbox"/> bakteriologisch					

Postop Radiologie Antwort "wissenschaftlich" in "IDES Format" macht diese Subform obligatorisch.

WINKELMASSE Bilder 1 und 2	Winkel Alpha Winkel Beta <input type="checkbox"/> <75° <input type="checkbox"/> <75° <input type="checkbox"/> 75-80° <input type="checkbox"/> 75-80° <input type="checkbox"/> 81-85° <input type="checkbox"/> 81-85° <input type="checkbox"/> 86-89° <input type="checkbox"/> 86-89° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 91-95° <input type="checkbox"/> 91-95° <input type="checkbox"/> 96-100° <input type="checkbox"/> 96-100° <input type="checkbox"/> 101-105° <input type="checkbox"/> 101-105° <input type="checkbox"/> >105° <input type="checkbox"/> >105°	POSTOPERATIVE RADIOLUZENZEN Bilder 3 und 4	Tibiakomponente <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden Spezifikation postop. 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 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4	Taluskomponente <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden Spezifikation postop. 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 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 3 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4 <input type="checkbox"/> Zone 4
	Winkel Gamma Grad Direkt postoperative Lückenbildung im Bereich der Tibiametaphyse bitte als Radioluzenz < oder > 2 mm in den Zonen 3 und/oder 4 kennzeichnen			

Entlassung Antwort "wissenschaftlich" in "IDES Format" macht diese Subform obligatorisch.

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 W4) W5) W6) W7) W8) W9) C10) C11) C12) C13) C14) C15) C16)

Systemische postoperative Komplikationen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> kardiovaskulär	<input type="checkbox"/> tiefe Venenthrombose	<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> respiratorisch	<input type="checkbox"/> gastrointestinal	<input type="checkbox"/> urologisch	<input type="checkbox"/> neurologisch	<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Tod
--------------------------------	---	---	--	---	---	-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Lokale postoperative Komplikationen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Gefäßverletzung	<input type="checkbox"/> Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Komponentendislokation	<input type="checkbox"/> Nervenschädigung	<input type="checkbox"/> andere
--------------------------------	----------------------------------	--	--	------------------------------------	---	---	---------------------------------------

Therapie der lokalen postoperativen Komplikationen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Hämatomausräumung	<input type="checkbox"/> sekundärer Wundverschluss	<input type="checkbox"/> systemische Antibiose	<input type="checkbox"/> Komponentenrevision	<input type="checkbox"/> andere
--------------------------------	--	--	--	--	---------------------------------------

STATUS KOMPLIKATIONEN

Systemisch	<input type="checkbox"/> geheilt	<input type="checkbox"/> gebessert	<input type="checkbox"/> fortbestehend
Lokal	<input type="checkbox"/> geheilt	<input type="checkbox"/> gebessert	<input type="checkbox"/> fortbestehend