

Nationella registret för Ortognatkirurgi – NROK

Operationsformulär v 2.0

Personnummer _____

Operationsdatum _____

Längd: _____(cm)

Vikt: _____(kg)

Fullt frisk:

- Ja
- Nej

Om nej på fråga Fullt frisk

- Autoimmun sjukdom
- Neuropsykiatrisk sjukdom
- Käkledsdysfunktion
- Psykiatrisk sjukdom
- Metabol sjukdom
- Övrig av betydelse

Röker patienten:

- Aldrig varit rökare
- Slutat mer än 3 månader före operation
- Slutat inom 3 månader innan operation
- Aktiv rökare

Tar patienten några receptbelagda läkemedel

- Ja
- Nej

Diagnos på avvikelse som åtgärdas enligt ICD-10

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maxillär retrognati | <input type="checkbox"/> Maxillär vertikal hypoplasi | <input type="checkbox"/> LKG |
| <input type="checkbox"/> Maxillär vertikal hyperplasi | <input type="checkbox"/> Mandibulär prognati | <input type="checkbox"/> Kraniofacial missbildning |
| <input type="checkbox"/> Mandibulär retrognati | <input type="checkbox"/> Hemifacial mikrosomi | <input type="checkbox"/> Laterogeni |
| <input type="checkbox"/> Maxillär prognati | <input type="checkbox"/> Basalt öppet | <input type="checkbox"/> Annan avvikande ansiktsmorfologi |

Preoperativ ortodonti

- Ja, mer än tre månaders ortodonti innan op.
- Ja, surgery first = mindre än tre månaders ortodonti innan op. eller planerad ortodonti
- Nej, enbart kirurgi

Operationstyp

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Le Fort I hel | <input type="checkbox"/> Le Fort I Segmentell |
| <input type="checkbox"/> Le Fort II | <input type="checkbox"/> Le Fort III |
| <input type="checkbox"/> Maxillär osteotomi med distraktion | <input type="checkbox"/> SARME |
| <input type="checkbox"/> Intraoral vertikal ramusosteotomi (IVRO) | <input type="checkbox"/> Extraoral vertikal ramusosteotomi (EVRO) |
| <input type="checkbox"/> Bilateral sagittal raumsosteotomi | <input type="checkbox"/> Segmentell osteotomi i mandibeln |
| <input type="checkbox"/> Mandibulär osteotomi med distraktion | <input type="checkbox"/> Hakplastik |
| <input type="checkbox"/> Ledprotes | <input type="checkbox"/> Övrigt |

Fixation vid underkäksosteotomi

Osteosyntesplatta/plattor

- Ja
- Nej

Positionsskruvar

- Ja
- Nej

Intermaxillär fixation (IMF)

- Ja
- Nej

Operationstid och blödning

Operationstid (knivtid) _____ min

Blödning _____ ml

Antibiotikaprofylax

Perioperativt antibiotika

- Ja
- Nej

Postoperativt antibiotika

- Ja
- Nej

Ödembehandling

Ödembehandling (ex kylmask)

- Ja
- Nej

Steroidbehandling perioperativt

- Ja
- Nej

Övrig perioperativ medicinering

Trombosprofylax

- Ja
- Nej

Blödningshämmande medicinering

- Ja
- Nej