



# Dansk Register for Skulderalloplastik (06.04.2021)

Afdeling for Klinisk Koordination  
Oluf Palmes Allé 15  
8200 Århus N

**Kontaktperson:**  
Anne Hjelm  
e-mail: annhje@rkkp.dk  
telefon: 2168 6835

<b>1. Stamdata:</b>	
OP-dato: _____	CPR-nummer/label: _____ - _____
<b>2. Aktuelle operation:</b>	
Operationstype: <input type="checkbox"/> Primær alloplastik <input type="checkbox"/> Revision	Side: <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre
<b>3. Præoperativt: (udfyldes kun for primære alloplastikker)</b>	
<b>Grundlidelse (vælg den vigtigste indikation for alloplastik)</b>	
<input type="checkbox"/> Fraktur	<input type="checkbox"/> Frisk ≤ 2 uger <input type="checkbox"/> Frisk > 2 uger <input type="checkbox"/> Pseudoartrose (ældre end 6 mdr.)
<input type="checkbox"/> Artrose	<input type="checkbox"/> Primær <input type="checkbox"/> Sekundær <input type="checkbox"/> Frakturfølge <input type="checkbox"/> Instabilitetsfølge <input type="checkbox"/> Anden årsag, specificér: _____
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Reumatoid <input type="checkbox"/> Anden arthritis, specificér: _____
<input type="checkbox"/> Cuff artropati (flérsenet rotator cuff ruptur <u>med</u> degenerative forandringer)	
<input type="checkbox"/> Flérsenet rotator cuff ruptur <u>uden</u> degenerative forandringer	
<input type="checkbox"/> Caputnekrose	<input type="checkbox"/> Frakturfølge <input type="checkbox"/> Anden/ukendt årsag: _____
<input type="checkbox"/> Anden diagnose	<input type="checkbox"/> Anden diagnose, specificér: _____
<b>Tidligere indgreb</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (gerne flere krydser) <input type="checkbox"/> Osteosyntese <input type="checkbox"/> Operation pga. infektion <input type="checkbox"/> Stabiliserende indgreb <input type="checkbox"/> Cuff rekonstruktion <input type="checkbox"/> Artroskopisk operation uden indsættelse af fremmedlegeme <input type="checkbox"/> Andet indgreb, specificér: _____
<b>Præoperativt planlægning:</b> (gerne flere krydser)	<input type="checkbox"/> Røntgen < ½ år <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> PSI (patient specifikke instrumenter) <input type="checkbox"/> Templating <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> Andet, specificér:
<b>4. Operation:</b>	
<b>Antibiotika</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (gerne flere krydser) <input type="checkbox"/> Lokal antibiotika (ekskl. cement), angiv præparat: _____ <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Penicillinasestabil penicilin (dicloxacillin) <input type="checkbox"/> Cefalosporin <input type="checkbox"/> Andet præparat, specificér: _____
<b>Planlagt varighed</b>	<input type="checkbox"/> Kun præ-/perioperativt <input type="checkbox"/> 1 døgn postoperativt <input type="checkbox"/> Flere døgn postoperativt
<b>Kirurgisk adgang</b>	<input type="checkbox"/> Delto-pectoral <input type="checkbox"/> Antero-superior (MacKenzie) <input type="checkbox"/> Anden adgang, specificér: _____
<b>Subscapularis</b>	<input type="checkbox"/> Tenotomi <input type="checkbox"/> Osteotomi <input type="checkbox"/> Bevares intakt (fx ved fraktur) <input type="checkbox"/> Ikke-rekonstruerbar/ ruptur <input type="checkbox"/> Andet, specificér:
<b>Rotator cuff intakt</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>Supplerende indgreb</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (gerne flere krydser) <input type="checkbox"/> Cuff rekonstruktion <input type="checkbox"/> Bicepstenotomi <input type="checkbox"/> Biceps tenodese <input type="checkbox"/> Andet supplerende indgreb, specificér:
<b>Dræn anlagt</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>Operationstid, min:</b> (knivtid)	

Vend

5. Implantater: Humeruskomponent		5. Implantater: Glenoidalkomponent	
<input type="checkbox"/> Ikke indsat / fjernet / ladet urørt <input type="checkbox"/> Indsat cementspacer <input type="checkbox"/> Indsat egentligt implantat <i>Udfyld resten af såfremt der er indsat egentligt implantat</i>		<input type="checkbox"/> Ikke indsat <input type="checkbox"/> Cavitas urørt <input type="checkbox"/> Cavitas inforeret <input type="checkbox"/> Cavitas reamet <input type="checkbox"/> Glenoidalkomponent fjernet <input type="checkbox"/> Andet, specificér: <input type="checkbox"/> Indsat <i>Udfyld resten såfremt der er indsat glenoidalkomponent</i>	
Stemkarakteristik: <input type="checkbox"/> Resurfacing / hemicap <input type="checkbox"/> Stemless (metafysær fiksat)ion <input type="checkbox"/> Stem <input type="checkbox"/> Standard længde <input type="checkbox"/> Ekstra længde <input type="checkbox"/> Kort / mini		Design: <input type="checkbox"/> Konventionel <input type="checkbox"/> Helplast <input type="checkbox"/> Reverse <input type="checkbox"/> Metalbacked <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Excentrisk	
Fiksation: <input type="checkbox"/> Ucementeret <input type="checkbox"/> Cementeret		Fiksation: <input type="checkbox"/> Ucementeret <input type="checkbox"/> Cementeret <input type="checkbox"/> Hybrid	
Caput: <input type="checkbox"/> Anatomisk <input type="checkbox"/> Offset: <input type="checkbox"/> Symmetrisk <input type="checkbox"/> Offset CTA/EAS: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Materiale: <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Pyrocarbon <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> Reverse		Supperende oplysninger: <input type="checkbox"/> Polyethylen køl <input type="checkbox"/> Polyethylen pegs <input type="checkbox"/> Metal peg (-s) <input type="checkbox"/> Skruer <input type="checkbox"/> Augmented <input type="checkbox"/> Andet, specificér:	
Knoglegraft: <input type="checkbox"/> Intet <input type="checkbox"/> Spongios <input type="checkbox"/> Strukturel		Knoglegraft: <input type="checkbox"/> Intet <input type="checkbox"/> Spongios <input type="checkbox"/> Strukturel	

5. Protosefabrikat/model*			
<input type="checkbox"/> Arthrex <input type="checkbox"/> Universe <input type="checkbox"/> Eclipse <input type="checkbox"/> Biomet <input type="checkbox"/> Comprehensive Standard <input type="checkbox"/> Comprehensive Fraktur <input type="checkbox"/> Comprehensive Nano <input type="checkbox"/> Comprehensive Reverse <input type="checkbox"/> Copeland <input type="checkbox"/> Depuy <input type="checkbox"/> Global FX (fraktur) <input type="checkbox"/> Global Advantage <input type="checkbox"/> Global C.A.P. <input type="checkbox"/> Global Unite <input type="checkbox"/> Delta Extend	<input type="checkbox"/> Lima SMR <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Anatomic <input type="checkbox"/> Stemless <input type="checkbox"/> Resurfacing <input type="checkbox"/> Reverse <input type="checkbox"/> Tornier/Wright <input type="checkbox"/> Aequalis Standard <input type="checkbox"/> Aequalis Fracture <input type="checkbox"/> Aequalis Resurfacing <input type="checkbox"/> Aequalis Reversed <input type="checkbox"/> Simpliciti <input type="checkbox"/> Ascend Flex	<input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> Bigliani-Flatow <input type="checkbox"/> Anatomical Standard <input type="checkbox"/> Anatomical Fracture <input type="checkbox"/> Anatomical Reverse <input type="checkbox"/> Anatomical Combined <input type="checkbox"/> Sidus <input type="checkbox"/> TM Reverse	<input type="checkbox"/> Anden protese, specificér:  <i>Kontakt Anne Hjelm ved behov for tilføjelse af komponent til listen</i>

**6. Revision:** Fjernelse, udskiftning eller indsættelse af protese komponent *(husk at udfylde hele skemaet på nær afsnit 3)*

Indikation: <input type="checkbox"/> Aseptisk løsning <input type="checkbox"/> Glenoid <i>(vigtigste indikation)</i> <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Mistænkt eller manifest infektion <input type="checkbox"/> Instabilitet <input type="checkbox"/> Luksation <input type="checkbox"/> Rotator cuff ruptur / insufficiens <input type="checkbox"/> Cavitas erosion <input type="checkbox"/> Protesenær fraktur <input type="checkbox"/> Malplaceret komponent <input type="checkbox"/> Implantat failure <input type="checkbox"/> Andet, specificér:	Implantater: <i>(kryds i både fjernet og indsat hvis relevant)</i>  <input type="checkbox"/> Fjernet <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Kun liner <input type="checkbox"/> Kun caput <input type="checkbox"/> Hele komponenten <input type="checkbox"/> Cementspacer  <input type="checkbox"/> Cavitas  <input type="checkbox"/> Indsat <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Kun liner <input type="checkbox"/> Kun caput <input type="checkbox"/> Hele komponenten <input type="checkbox"/> Cementspacer  <input type="checkbox"/> Cavitas
Revisionstype: <input type="checkbox"/> One-stage <input type="checkbox"/> Two-stage – trin 1 <input type="checkbox"/> Two-stage – trin 2 <input type="checkbox"/> Anden, specificér:	

**7. Samtykke WOOS** (Patienten skal have udleveret skriftligt materiale i forbindelse med afgivelse af samtykke. Skrivelsen kan findes på RKKP's hjemmeside)

Har patienten givet mundtlig samtykke til at modtage WOOS skema 1 år efter operationen?  Nej  Ja  Ikke adspurg

Det til enhver tid gældende skema kan downloades her:  
<http://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/skulderalloplastik-register>

Ved ønsker om ændringer i skemaet kontaktes:  
 Anne Hjelm  
 e-mail: [annhje@rkkp.dk](mailto:annhje@rkkp.dk)  
 telefon: 2168 6835