

SIRIS Wirbelsäule – PRIMÄR

= nur eine Antwort erlaubt = mehrere Antworten erlaubt

Patientendaten

Pat.-Nr.

Nachname

Vorname

Geb.-datum TT/MM/JJJJ männlich andere weiblich nicht spezifiziert

Aufnahme/Pathologie

Hauptdiagnose

- degenerative Erkrankung
 Spondylolisthese (nicht degenerativ)
 osteoporotische Fraktur

Aktiver Raucher

- ja nein unbekannt

Grösse

Gewicht

Typ der Degeneration - primär

- Diskushernie
 Spinalstenose
 degenerative Spondylolisthese
 Segmentdegeneration
 Deformität

andere

Typ der Spondylolisthese

- Type II (isthmisch)

andere

Typ der Degeneration - sekundär

- keine
 Diskushernie
 Spinalstenose
 degenerative Spondylolisthese
 Segmentdegeneration
 Deformität

andere

Grad der Spondylolisthese

- 0 I II III IV
 Spondyloptose (V)

Frakturursache

- spontan Trauma

Frakturalter

- ≤14 Tage 15 – 28 Tage

Klassifikation der Fraktur (OF-Grad)

Bei mehreren Frakturen wählen Sie bitte den höchsten OF-Grad

- 1 2 3 4 5

Bisherige WS-Operationen

auf gleicher(n) oder angrenzender(n) Höhe(n)

- 0 1 2 3 4 >4

Operation

Operationsdatum

Chirurg

Chop codes

Implantate

- Min. Registration
Manufacturer, Brand
 Det. Registration
Catalogue Number

Instruierte Operation

- ja nein

Anteriorer Zugang¹

- kein anteriorer Zugang
 retroperitoneal
 transperitoneal
 Thorakotomie
 trans-psoas (XLIF)

anderer

Posteriorer Zugang

- kein posteriorer Zugang
 median
 paramedian

¹ Nur für eine nicht degenerative Spondylolisthese möglich.

Allgemeinzustand (ASA)

- ASA 1 gesund nicht bekannt
 ASA 2 geringe Beeintr.
 ASA 3 starke Beeintr.
 ASA 4 lebensbedrohlich
 ASA 5 moribund

Anästhesie

- lokal
 spinal
 allgemein

Operative Massnahmen

Dekompression

- keine
 Diskektomie partiell/total
 Laminotomie
 Hemilaminectomie
 Laminektomie
 Facettektomie partiell
 Facettektomie total
 Sequestrektomie
 Foraminotomie

andere

Fusionsfördernde Massnahmen

- keine
 PLIF Wirbelkörperfusion
 TLIF Wirbelkörperfusion
 andere Wirbelkörperfusion
 posterolaterale Fusion
 posteriore Fusion

andere

Fusionsmaterial

- keines
 autologe Knochenentnahme
 lokal anfallender Knochen
 allogener Knochen
 allogener Knochen und autologes Knochenmark
 Knochenersatz
 BMP oder ähnliches

anderes

Rigide Stabilisierung und Fusion

- keine
 interkorporelle Stabilisierung mit Cage
 Interkorporelle Stabilisierung mit Auto-/Allograft
 Pedikelschraube zementiert
 Pedikelschraube unzementiert
 Facettenschrauben

andere

andere operative Massnahmen

- keine
 Perkutane Kyphoplastie²
 Perkutane Vertebroplastie³
 Wunddrainage

andere

² Wählen Sie «perkutane Kyphoplastie», wenn zusätzlich zum Zement ein Implantat zur Wirbelkörperaugmentation verwendet wurde; eine Kyphoplastie mit einer Vertebroplastie auf verschiedenen Ebenen kombiniert wurde.

³ Wählen Sie «perkutane Vertebroplastie», wenn während des Eingriffs kein Implantat zur Wirbelkörperaugmentation verwendet wurde.

Intraoperative unerw. Ereignisse

- keine
 Zementleckage die keine intraoperativen therapeutischen Massnahmen erfordert
 Zementleckage die intraoperative therapeutische Massnahmen erforderlich macht

Bitte beschreiben Sie die intraoperativen therapeutischen Massnahmen

- Nervenwurzelverletzung
 Rückenmarkverletzung
 Duraverletzung
 Gefässerletzung
 Fraktur Wirbelkörper(strukturen)

andere

Re-/Interventionen in gl. Sitzung

- keine
 Naht
 (Fibrin) Kleber
 Implantatreposiotion

andere

Intraoperative allg. Komplikationen

- keine
 anästhesiologisch
 kardiovaskulär
 pulmonal
 Thromboembolie
 Tod

andere

Operationsumfang

	Dekompression	Fusion und rigide Stabilisierung	Deformitätenkorrektur	Andere operative Massnahmen
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1/2 or L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2/3 or L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3/4 or L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4/5 or L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5/S1 or L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIRIS Spine

Implantatkleber
