

Nur zur internen Gebrauch. Nicht vom Scanner gelesen.

### Anweisungen

- Benutzen Sie einen weichen #2 Bleistift zur Markierung.
- Textantworten sind online auszufüllen.
- Alle Fragen in blau sind zu beantworten.
- Felder sind komplett auszufüllen.

### Fragetypen

- nur 1 Antwort erlaubt      ..... bitte spezifizieren
- mehrere Antworten erlaubt       Pflichtfragen

Nachname	Vorname	Geschlecht
Strasse		Pat.-Nr.
Ländercode	Postleitzahl	Wohnort
Sozialversicherungsnummer (AHV)		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

## Aufnahme / Pathologie

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
 Monat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12      Jahr 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29

### Hauptdiagnose

- degenerat. Erkrankung     Fraktur / Trauma     Spondylolisthese (nicht-deg.)     Infektion     Reoperation
- Deformität (nicht-deg.)     Pathologische Fraktur     Chiari     Tumor     andere: .....

### Spezifikation der Hauptdiagnose

Nur Fragen bezüglich der Hauptdiagnose beantworten. Hauptdiagnose "andere" ist nicht zu spezifizieren.

<h4>Typ der Degeneration primär</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BS-Hernie</li> <li><input type="checkbox"/> zentrale Stenose</li> <li><input type="checkbox"/> laterale Stenose</li> <li><input type="checkbox"/> foraminale Stenose</li> <li><input type="checkbox"/> BS-Degeneration</li> <li><input type="checkbox"/> Deformität</li> <li><input type="checkbox"/> degen. Spondylolisthese</li> <li><input type="checkbox"/> andere Instabilität</li> <li><input type="checkbox"/> Myelopathie</li> <li><input type="checkbox"/> Facettengelenksarthrose</li> <li><input type="checkbox"/> Facettengelenkzyste</li> <li><input type="checkbox"/> ISG</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>	<h4>sekundär</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> keine</li> <li><input type="checkbox"/> BS-Hernie</li> <li><input type="checkbox"/> zentrale Stenose</li> <li><input type="checkbox"/> laterale Stenose</li> <li><input type="checkbox"/> foraminale Stenose</li> <li><input type="checkbox"/> BS-Degeneration</li> <li><input type="checkbox"/> Deformität</li> <li><input type="checkbox"/> degen. Spondyl.</li> <li><input type="checkbox"/> andere Instabilität</li> <li><input type="checkbox"/> Myelopathie</li> <li><input type="checkbox"/> Facettengelenksarthrose</li> <li><input type="checkbox"/> Facettengelenkzyste</li> <li><input type="checkbox"/> ISG</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>	<h4>Typ der Spondylolisthese</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Typ I (kongenital, dysplastisch)</li> <li><input type="checkbox"/> Typ II (isthmisch)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Typ III siehe Typ der Degen.</li> <li><input type="checkbox"/> Typ IV (traumatisch)</li> <li><input type="checkbox"/> Typ V (pathologisch)</li> <li><input type="checkbox"/> Typ VI (postoperativ)</li> </ul>	<h4>Grad der Spondylolisthese</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Grad 0</li> <li><input type="checkbox"/> Grad I</li> <li><input type="checkbox"/> Grad II</li> <li><input type="checkbox"/> Grad III</li> <li><input type="checkbox"/> Grad IV</li> <li><input type="checkbox"/> Spondyloptose (V)</li> </ul>
<h4>Typ der (pathologischen) Fraktur/Trauma</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> kondylär (C0)</li> <li><input type="checkbox"/> C0/1 Dissoziation</li> <li><input type="checkbox"/> C1 Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> C1/2 Instabilität</li> <li><input type="checkbox"/> C2 Dens-Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> andere C2 Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> Weichteilverl. Nacken</li> <li><input type="checkbox"/> Fraktur C3-C7</li> <li><input type="checkbox"/> Fraktur Th1-L5/S1</li> <li><input type="checkbox"/> Sakrumfraktur</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>	<p>AO Klassifikation bezieht sich auf den am stärksten betroffenen Wirbelkörper</p> <h4>C3-L5/S1 AO Frakturtyp</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A0    <input type="checkbox"/> A3    <input type="checkbox"/> B2</li> <li><input type="checkbox"/> A1    <input type="checkbox"/> A4    <input type="checkbox"/> B3</li> <li><input type="checkbox"/> A2    <input type="checkbox"/> B1    <input type="checkbox"/> C</li> </ul> <h4>AO neurologischer Status</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> N0    <input type="checkbox"/> N2    <input type="checkbox"/> N4</li> <li><input type="checkbox"/> N1    <input type="checkbox"/> N3    <input type="checkbox"/> NX</li> </ul> <h4>AO Modifikatoren</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> keine Modifikatoren</li> </ul> <p>Th1-L5/S1      C3-C7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> M1    <input type="checkbox"/> M3    <input type="checkbox"/> F2    <input type="checkbox"/> BL</li> <li><input type="checkbox"/> M2    <input type="checkbox"/> M4    <input type="checkbox"/> F3</li> <li><input type="checkbox"/> F1    <input type="checkbox"/> F4</li> </ul>	<h4>Typ der Deformität</h4> <p>Auch für degenerative Deformität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Skoliose</li> <li><input type="checkbox"/> Kyphose</li> <li><input type="checkbox"/> Frontale Dysbalance</li> <li><input type="checkbox"/> Sagittale Dysbalance</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>	<h4>Hauptätiologie</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> idiopathisch</li> <li><input type="checkbox"/> kongenital</li> <li><input type="checkbox"/> neuromuskulär</li> <li><input type="checkbox"/> posttraumatisch</li> <li><input type="checkbox"/> M. Scheuermann</li> <li><input type="checkbox"/> syndromisch</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>
<h4>Alter der Fraktur</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> frische Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> alte Fraktur</li> </ul>	<h4>Pathologische Fraktur aufgrund</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osteoporose</li> <li><input type="checkbox"/> Tumor</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul> <p>Bei Tumor: Beantworten Sie die Fragen "Art des Tumors" und "Lokalisation" in der Sektion TUMOR.</p>	<h4>Spezifikation Infektion</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> eitrig</li> <li><input type="checkbox"/> tuberkulös</li> <li><input type="checkbox"/> multiresistent</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> <li><input type="checkbox"/> unbekannt</li> </ul>	<h4>betroffene Struktur(en)</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Spondylitis</li> <li><input type="checkbox"/> Diszitis</li> <li><input type="checkbox"/> epiduraler Raum</li> <li><input type="checkbox"/> paravertebrale Infektion</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>
<h4>Dens-Frakturtyp</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> I    <input type="checkbox"/> II    <input type="checkbox"/> III</li> </ul>	<h4>OF-Klassifikation<sup>1</sup></h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> OF1    <input type="checkbox"/> OF2    <input type="checkbox"/> OF3    <input type="checkbox"/> OF4    <input type="checkbox"/> OF5</li> </ul> <p>Weitere Fx mit unterschiedl. Behandlungen erfordern separate Bögen.</p>	<h4>Lokalisation</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> extraossäre Weichteile</li> <li><input type="checkbox"/> intraossär</li> <li><input type="checkbox"/> extraossär (extradural)</li> <li><input type="checkbox"/> intradural intramedullär</li> <li><input type="checkbox"/> intradural extramedullär</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>	<h4>Art des Tumors</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> primär bösartig</li> <li><input type="checkbox"/> primär gutartig</li> <li><input type="checkbox"/> sekundär bösartig</li> <li><input type="checkbox"/> Tumor-like Lesions</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul> <h4>Art des Tumors spezifizieren</h4> <p>.....</p>
<h4>Am stärksten betroffenes Segment/Wirbelkörper</h4> <p>bei Segmenten cranialen WK markieren</p> <p><input type="checkbox"/>01 <input type="checkbox"/>02 <input type="checkbox"/>03 <input type="checkbox"/>04 <input type="checkbox"/>05 <input type="checkbox"/>06 <input type="checkbox"/>07 <input type="checkbox"/>11 <input type="checkbox"/>12 <input type="checkbox"/>13 <input type="checkbox"/>14 <input type="checkbox"/>15 <input type="checkbox"/>16 <input type="checkbox"/>17 <input type="checkbox"/>18 <input type="checkbox"/>19 <input type="checkbox"/>20 <input type="checkbox"/>21 <input type="checkbox"/>22 <input type="checkbox"/>23 <input type="checkbox"/>24 <input type="checkbox"/>25 <input type="checkbox"/>26 <input type="checkbox"/>27 <input type="checkbox"/>28 <input type="checkbox"/>29 <input type="checkbox"/>30 <input type="checkbox"/>31 <input type="checkbox"/>L1 <input type="checkbox"/>L2 <input type="checkbox"/>L3 <input type="checkbox"/>L4 <input type="checkbox"/>L5 <input type="checkbox"/>S1 <input type="checkbox"/>S2 <input type="checkbox"/>S3 <input type="checkbox"/>S4 <input type="checkbox"/>S5 <input type="checkbox"/>CO <input type="checkbox"/>C <input type="checkbox"/>Ilium</p> <p>SA = Sakrum (S2-5) / CO = Coccyx</p>	<h4>Grund für Reoperation</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Impl.-/ Materialentf.</li> <li><input type="checkbox"/> Non-union</li> <li><input type="checkbox"/> Instabilität</li> <li><input type="checkbox"/> Nichterreichen der operativen Ziele</li> <li><input type="checkbox"/> Neurokompression</li> <li><input type="checkbox"/> postoperative oberflächliche Infektion</li> <li><input type="checkbox"/> postop. tiefe Infektion</li> <li><input type="checkbox"/> Fehlposition des Impl.</li> <li><input type="checkbox"/> Implantatversagen</li> <li><input type="checkbox"/> sagittale Imbalance</li> <li><input type="checkbox"/> Anschlusssegment-Pathologie</li> <li><input type="checkbox"/> andere .....</li> </ul>	<h4>Weitere Diagnosen (Antwort auf Frage "Hauptdiagnose" ist ausgeschlossen)</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> keine</li> <li><input type="checkbox"/> degenerative Erkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Deformität (nicht degenerativ)</li> <li><input type="checkbox"/> traumatische Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> pathologische Fraktur</li> <li><input type="checkbox"/> Spondylolisthese (nicht-degenerativ)</li> <li><input type="checkbox"/> Chiari</li> <li><input type="checkbox"/> Infektion</li> <li><input type="checkbox"/> Tumor</li> <li><input type="checkbox"/> Reoperation</li> <li><input type="checkbox"/> andere: spezifizieren .....</li> </ul> <p style="font-size: small;">Spezifikation für Reop. bitte oberhalb angeben</p>	
<h4>Ausdehnung der Läsion (Segmente/Wirbelkörper)</h4> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>4</p>	<h4>Anzahl bisheriger WS-Operationen</h4> <p>auf gleicher(n)/angrenzender(n) Höhe(n) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>4</p> <p>auf anderer(n) Höhe(n) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>4</p>	<h4>Grösse (cm) Alle 3 Linien markieren (Bsp: 178 cm = 1 - 7 - 8)</h4> <p>Hunderter <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>Zehner <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 <input type="checkbox"/>8 <input type="checkbox"/>9</p> <p>Einer <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 <input type="checkbox"/>8 <input type="checkbox"/>9</p>	<h4>Aktiver Raucher</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> unbekannt</li> </ul>
<h4>Dauer der Symptome der Haupterkrankung</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> &lt; 3 mo.</li> <li><input type="checkbox"/> 3-12 mo.</li> <li><input type="checkbox"/> &gt; 12 mo.</li> </ul>	<h4>Risikofaktoren</h4> <h4>Gewicht (kg) Alle 3 Linien markieren (Bsp: 98 kg = 0 - 9 - 8)</h4> <p>Hunderter <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3</p> <p>Zehner <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 <input type="checkbox"/>8 <input type="checkbox"/>9</p> <p>Einer <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 <input type="checkbox"/>8 <input type="checkbox"/>9</p>		
<h4>ASIA-Klassifikation</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A    <input type="checkbox"/> C    <input type="checkbox"/> E</li> <li><input type="checkbox"/> B    <input type="checkbox"/> D    <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar/anwendbar</li> </ul>			

<sup>1</sup> OF1 = keine Deformation; OF2 = Def. mit geringer/ohne Hinterwandbeteiligung < 1/5; OF3 = Deformation mit ausgeprägter Hinterwandbeteiligung > 1/5; Copyright MEMdoc, 2018 All rights reserved OF4 = Verlust der Rahmenstruktur (Wirbelkörperkollaps, Kniezangenfraktur); OF5 = Distractions- und Rotationsverletzung. valid from 01.01.2018 / Version v1

Operateur ..... Assistent .....

**Operation**

Tag (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31)  
 Monat (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) Jahr (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29)

<p><b>Therapeutische Ziele</b></p> <input type="checkbox"/> Rücken-/Nackenschmerzbefr. <input type="checkbox"/> Arm-/Beinschmerzbefreiung <input type="checkbox"/> Funktionsverbesserung <input type="checkbox"/> motorische Verbesserung <input type="checkbox"/> sensorische Verbesserung <input type="checkbox"/> Verb. Blasen-/Mastdarmfunktion <input type="checkbox"/> spinale Stabilisierung	<input type="checkbox"/> Stoppen der Deformationsprogression <input type="checkbox"/> Deformitätenkorrektur <input type="checkbox"/> prophylaktische Dekompression <input type="checkbox"/> kosmetische Verbesserung <input type="checkbox"/> diagnostische Massnahmen <input type="checkbox"/> andere .....	<p><b>Anteriorer Zugang</b></p> <input type="checkbox"/> kein anteriorer Zugang <input type="checkbox"/> transoral <input type="checkbox"/> anterolateral <input type="checkbox"/> zervikothorakal anterolateral <input type="checkbox"/> zervikothorakal mit Sternotomie <input type="checkbox"/> Thorakotomie <input type="checkbox"/> thorakoabdominal <input type="checkbox"/> retroperitoneal <input type="checkbox"/> transperitoneal <input type="checkbox"/> trans-psoas (XLIF) <input type="checkbox"/> andere .....	<p><b>Posteriorer Zugang</b></p> <input type="checkbox"/> kein posteriorer Zugang <input type="checkbox"/> median <input type="checkbox"/> paramedian <input type="checkbox"/> posterolateral <input type="checkbox"/> para-coccygeal (AxiALIF) <input type="checkbox"/> anderer .....
<p><b>Komponenten</b> Nicht notwendig falls SEDICO Implantaterfassung verwendet wird.  <input type="checkbox"/> keine Hersteller: .....  <input type="checkbox"/> mit Beschreibung  <input type="checkbox"/> ohne Beschreibung Artikelname: .....</p> <p>Für Artikelnummern und mehrere Implantate bitte das Formular "Implantatdokumentation" @ www.eurospine.org benutzen</p>	<p><b>Allgemeinzustand (ASA)</b></p> <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ASA 1 (gesund) <input type="checkbox"/> ASA 2 (geringe Beeintr.) <input type="checkbox"/> ASA 3 (starke Beeintr.) <input type="checkbox"/> ASA 4 (lebensbedrohlich) <input type="checkbox"/> ASA 5 (moribund)		

<p><b>Qualifikation des Operateurs</b></p> <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurg <input type="checkbox"/> Facharzt für Orthopädie <input type="checkbox"/> Facharzt für Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Orthopäde in Weiterbildung <input type="checkbox"/> Neurochirurg in Weiterbild. <input type="checkbox"/> andere .....	<p><b>Technologie</b></p> <input type="checkbox"/> konventionell <input type="checkbox"/> MISS/LISS <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Intraoperative 3D-Bildgebung <input type="checkbox"/> Endoskop <input type="checkbox"/> CASS <sup>1</sup> /Navigation <input type="checkbox"/> Mikroskop	<p><b>Operationsdauer</b></p> <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> < 1 h <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> 2-3 h <input type="checkbox"/> 3-4 h	<input type="checkbox"/> 4-5 h <input type="checkbox"/> 5-6 h <input type="checkbox"/> 6-8 h <input type="checkbox"/> 8-10 h <input type="checkbox"/> > 10 h	<p><b>Blutverlust</b></p> <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> < 100 ml <input type="checkbox"/> 100 - 500 ml <input type="checkbox"/> 500 - 1000 ml <input type="checkbox"/> 1000 - 2000 ml <input type="checkbox"/> > 2000 ml	<p><b>Bluttransfusion</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> <2 units <input type="checkbox"/> >=2 units <input type="checkbox"/> Cell-saver <input type="checkbox"/> unbekannt
---	---	--	--	---	--

**Operative Massnahmen**

Alle behandelten Segmente/WK markieren

<p><b>Dekompression</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Diskektomie partiell/total <input type="checkbox"/> partielle Vertebroektomie	<input type="checkbox"/> totale Vertebroektomie <input type="checkbox"/> Laminotomie <input type="checkbox"/> Hemilaminektomie <input type="checkbox"/> Laminektomie	<input type="checkbox"/> partielle Facettektomie <input type="checkbox"/> totale Facettektomie <input type="checkbox"/> Sequestrektomie <input type="checkbox"/> Flavektomie	<input type="checkbox"/> Foraminotomie <input type="checkbox"/> Laminoplastie <input type="checkbox"/> Uncoforaminotomie <input type="checkbox"/> andere .....
<p>Operationsumfang<sup>2</sup> (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (T1) (T2) (T3) (T4) (T5) (T6) (T7) (T8) (T9) (T10) (T11) (T12) (L1) (L2) (L3) (L4) (L5) (S1) (SA) (CO) <input type="checkbox"/> Ilium</p>			

<p><b>Fusionsfördernde Massnahmen</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Wirbelkörperfusion (A-IF) <input type="checkbox"/> Wirbelkörperfusion (PLIF) <input type="checkbox"/> Wirbelkörperfusion (TLIF)	<input type="checkbox"/> Wirbelkörperfusion (XLIF) <input type="checkbox"/> andere Wirbelkörperfusion <input type="checkbox"/> posterolaterale Fusion <input type="checkbox"/> posteriore Fusion	<p><b>Fusionsmaterial</b></p> <input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> autologe Knochenentnahme <input type="checkbox"/> lokal anfallender Knochen <input type="checkbox"/> Xénogreffe	<input type="checkbox"/> Knochenersatz <input type="checkbox"/> Zement <input type="checkbox"/> BMP o. Ähnliches <input type="checkbox"/> other .....
<p>Operationsumfang<sup>2</sup> (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (T1) (T2) (T3) (T4) (T5) (T6) (T7) (T8) (T9) (T10) (T11) (T12) (L1) (L2) (L3) (L4) (L5) (S1) (SA) (CO) <input type="checkbox"/> Ilium</p>			

<p><b>Rigide Stabilisierung</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stabilisierung mit Cage <input type="checkbox"/> Interkorp. Stabilis. mit Auto-/Allograft <input type="checkbox"/> WK-Ersatz mit Cage	<input type="checkbox"/> WK-Ersatz mit Auto-/Allograft <input type="checkbox"/> Platten <input type="checkbox"/> Pedikelschrauben zementiert <input type="checkbox"/> Pedikelschrauben unzementiert	<input type="checkbox"/> Facettenschrauben <input type="checkbox"/> transartikuläre Schrauben C1-C2 <input type="checkbox"/> Laminahaken <input type="checkbox"/> Pedikelhaken <input type="checkbox"/> Sublaminäre Cerclage	<input type="checkbox"/> Massa lat. Schrauben <input type="checkbox"/> Dens-Schrauben <input type="checkbox"/> translaminäre Schrauben <input type="checkbox"/> Ilium-Schrauben <input type="checkbox"/> andere .....
<p>Operationsumfang<sup>2</sup> (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (T1) (T2) (T3) (T4) (T5) (T6) (T7) (T8) (T9) (T10) (T11) (T12) (L1) (L2) (L3) (L4) (L5) (S1) (SA) (CO) <input type="checkbox"/> Ilium</p>			

<p><b>Deformitätenkorrektur</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ponte/Smith-Petersen	<input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> VCR <input type="checkbox"/> andere .....
<p>Operationsumfang<sup>2</sup> (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (T1) (T2) (T3) (T4) (T5) (T6) (T7) (T8) (T9) (T10) (T11) (T12) (L1) (L2) (L3) (L4) (L5) (S1) (SA) (CO) <input type="checkbox"/> Ilium</p>	

<p><b>Bewegungserhaltende Stabilisierung</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Bandscheibenersatz <input type="checkbox"/> dyn. Stabilisierung	<input type="checkbox"/> Interspinöser Spacer <input type="checkbox"/> andere .....
<p>Operationsumfang<sup>2</sup> (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (T1) (T2) (T3) (T4) (T5) (T6) (T7) (T8) (T9) (T10) (T11) (T12) (L1) (L2) (L3) (L4) (L5) (S1) (SA) (CO) <input type="checkbox"/> Ilium</p>	

<p><b>Andere operative Massnahmen</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> WK Augmentation mit Aufrichtung <input type="checkbox"/> WK Augmentation ohne Aufrichtung <input type="checkbox"/> Metallentfernung	<input type="checkbox"/> Wunddrainage <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> andere .....
<p>Operationsumfang<sup>2</sup> (C0) (C1) (C2) (C3) (C4) (C5) (C6) (C7) (T1) (T2) (T3) (T4) (T5) (T6) (T7) (T8) (T9) (T10) (T11) (T12) (L1) (L2) (L3) (L4) (L5) (S1) (SA) (CO) <input type="checkbox"/> Ilium</p>	

<p><b>Intraoperative unerwünschte Ereignisse</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Nervenwurzelverletzung <input type="checkbox"/> Rückenmarkverletzung <input type="checkbox"/> Duraverletzung	<input type="checkbox"/> Gefässverletzung <input type="checkbox"/> FX Wirbelkörper(strukturen) <input type="checkbox"/> andere .....	<p><b>Op. Re-/ Intervention in gl. Sitzung</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Naht <input type="checkbox"/> (Fibrin) Kleber <input type="checkbox"/> Implantatreposition	<p><b>Intraoperative allgemeine Komplikationen</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> anästhesiologisch <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> pulmonal	<input type="checkbox"/> Thromboembolie <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere .....
--	--	--	---	--

**Hospitalisation**

<p><b>Postop chirurgische Komplikationen bis Entlassung</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> epidurales Hämatom <input type="checkbox"/> anderes Hämatom <input type="checkbox"/> Radikulopathie <input type="checkbox"/> Liquorleckage/ Pseudomeningocele <input type="checkbox"/> motorische Dysfunktion <input type="checkbox"/> sensorische Dysfunktion <input type="checkbox"/> Darm/Blasenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> oberflächl. Wundinfektion <input type="checkbox"/> tiefe Wundinfektion <input type="checkbox"/> Fehlposition des Implantats <input type="checkbox"/> Implantatversagen <input type="checkbox"/> falsche Etage <input type="checkbox"/> Rekurrensparese <input type="checkbox"/> andere .....	<p><b>Allgemeine postop Komplikationen vor Entlassung</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> kardiovaskulär <input type="checkbox"/> pulmonal <input type="checkbox"/> zerebral	<input type="checkbox"/> Niere/Harnwege <input type="checkbox"/> Leber/GIT <input type="checkbox"/> Thromboembolie <input type="checkbox"/> Lagerungsschaden
<p><b>Re-Intervention nach Indexoperation</b></p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hämatomausräumung <input type="checkbox"/> Naht <input type="checkbox"/> (Fibrin) Kleber		<input type="checkbox"/> Materialentfernung <input type="checkbox"/> Material- Re-Implantation <input type="checkbox"/> Abszess-Drainage	<input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> andere .....

<p><b>Hospitalisation</b></p> <input type="checkbox"/> komplikationslos <input type="checkbox"/> verlängerter Aufenthalt <input type="checkbox"/> Intensivstation > 2 Tage	<p><b>Status der chirurgischen unerwünschten Ereignisse/Komplikationen<sup>4</sup></b></p> <input type="checkbox"/> behoben <input type="checkbox"/> verbessert	<p><b>Status therapeutische Ziele bei Entlassung</b></p> <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht
<p>Entlassung Tag (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31)                  Monat (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) Jahr (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29)</p>		

<sup>1</sup>MISS = Minimal-invasive Wirbelsäulenchirurgie; LISS = Weniger-invasive Wirbelsäulenchirurgie; CASS = Computerassistierte Wirbelsäulenchirurgie  
<sup>2</sup>SA = Sakrum (S2-5); CO = Coccyx<sup>3</sup> "Wunddrainage" als alleinige Antwort in "andere operative Massnahmen", erfordert keine Spezifizierung in "Operationsumfang"  
<sup>4</sup>Leer lassen, wenn keine unerwünschten Ereignisse/Komplikationen bestehen. Copyright MEMdoc, 2018 All rights reserved valid from 01.01.2018 / Version v1