

Operation V2025.2

☐ = nur eine Antwort möglich ☐ = mehrere Antworten möglich

Patientendaten

Nr.

Nachname

Vorname

Geb.-datum TT/MM/JJJJ

☐ männlich

☐ andere

☐ weiblich

☐ nicht spezifiziert

Aufnahme/Pathologie

Typ der Degeneration

primär | sekundär

Hauptdiagnose

- ☐ degenerative Erkrankung
☐ Spondylolisthese (nicht degen.)
☐ Fraktur/Trauma
☐ pathologische Fraktur
☐ Deformität (nicht degen.)
☐ Infektion
☐ Tumor
☐ Revision/Reoperation

andere

- ☐ keine
☐ Bandscheibenhernie
☐ zentrale oder laterale Stenose
☐ foraminale Stenose
☐ Bandscheibendegeneration
☐ degenerative Deformität
☐ degenerative Spondylolisthese
☐ Myelopathie
☐ Facettengelenksarthrose
☐ Synovialzyste
☐ ISG

anderer

Typ der Spondylolisthese

- ☐ Typ I (kongenital, dysplastisch)
☐ Typ II (isthmisch)
☐ Typ III (degenerativ)
☐ Typ IV (traumatisch)
☐ Typ V (pathologisch)
☐ Typ VI (postoperativ)

Grad der Spondylolisthese

- ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Spondyloptose

Pathologische Fraktur aufgrund

- ☐ Osteoporose (geben Sie bitte auch OF-Klassifikation an)
☐ Tumor (geben Sie bitte auch Tumorart und -Lokalisation an)

anderer

Frakturtyp

- ☐ Fraktur Th1-L5/S1
☐ Sakrumfraktur

AO Frakturtyp

- ☐ A0 ☐ B1 ☐ C
☐ A1 ☐ B2
☐ A2 ☐ B3
☐ A3
☐ A4

Alter pathologischer Fraktur

- ☐ <28 Tage
☐ ≥28 Tage

OF-Klassifikation osteoporotischer Fraktur ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Typ der Deformität

- ☐ Skoliose
☐ Kyphose
☐ Frontale Dysbalance
☐ Sagittale Dysbalance

anderer

Art des Tumors

- ☐ primär bösartig
☐ primär gutartig
☐ sekundär bösartig
☐ Tumor-like lesion

andere

Infektion

- ☐ eitrig
☐ tuberkulös
☐ unbekannt

andere

Hauptätiologie der Deformität

- ☐ idiopathisch kongenital
☐ neuromuskulär
☐ posttraumatisch
☐ M. Scheuermann

andere

Lokalisation des Tumors

- ☐ extraossäre Weichteile
☐ intraossär
☐ extraossär (extradural)
☐ extraossär (intradural)

andere

Betroffene Struktur(en)

- ☐ Spondylitis
☐ Diszitis
☐ epiduraler Raum
☐ paravertebrale Infektion

andere

Grund für Revision/Reoperation

- ☐ weitere ursprünglich geplante Operation
☐ Neurokompression
☐ Non-union
☐ Instabilität
☐ postoperative oberflächliche Infektion
☐ postoperative tiefe Infektion
☐ Wundheilungsstörung
☐ Fehlposition des Implantates
☐ Migration/Lockerung des Implantaten
☐ Implantatbruch
☐ Versagen der Implantatmontage
☐ Anschlusssegment-Pathologie
☐ Implantatentfernung
☐ spinale Imbalance
☐ Liquorleckage
☐ Nichterreichen der operativen Ziele

anderer

Operation

Operationsdatum Chirurg/Chirurgin

TT/MM/JJJJ

Name

Anzahl bisheriger WS-Operationen auf gleichen/angrenzenden Segmenten

0 1 2 3 4 >4

- davon auf denselben Segmenten

- davon auf benachbarten Segmenten

Grösse

cm

Gewicht

kg

Operationsumfang - s. nächste Seite

Allgemeinzustand (ASA)

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

Aktiver Raucher

- ☐ ja
☐ nein
☐ unbekannt

Anteriorer/lateraler Zugang

- ☐ kein anteriorer/lateraler Zugang
☐ transoral
☐ anterolateral
☐ lateral
☐ zervikothorakal anterolateral
☐ Thorakotomie
☐ thorakoabdominal
☐ retroperitoneal
☐ Thorakoskopie

anderer

Posteriorer Zugang

- ☐ kein posteriorer Zugang
☐ median
☐ paramedian
☐ perkutan

anderer

Qualifikation des Chirurgen/der Chirurgin

- ☐ Facharzt
☐ in Aus-/Weiterbildung/angeleitet

Anästhesie

- ☐ lokal
☐ spinal
☐ allgemein

Implantate

- ☐ Registration Katalognummer
☐ Registration Hersteller + Markenbezeichnung
☐ keine neuen Implantate

Operative Massnahmen

Dekompression

- ☐ keine
☐ Diskektomie partiell/total
☐ Laminotomie
☐ Hemilaminektomie
☐ Laminektomie
☐ Facettektomie partiell
☐ Facettektomie total
☐ Sequestrektomie
☐ Synovialzystenresektion
☐ Foraminotomie

andere

Fusion

- ☐ keine
☐ A-IF Wirbelkörperfusion
☐ OLIF Wirbelkörperfusion
☐ PLIF Wirbelkörperfusion
☐ TLIF Wirbelkörperfusion
☐ XLIF Wirbelkörperfusion
☐ andere Wirbelkörperfusion
☐ posterolaterale Fusion
☐ posteriore Fusion
☐ Corpektomie Wirbelkörperfusion

andere

Fusionsmaterial

- ☐ keines
☐ autologe Knochenentnahme
☐ lokal anfallender Knochen
☐ allogener Knochen
☐ Knochenersatz
☐ BMP oder ähnliches

anderes

Rigide Stabilisierung

- ☐ keine
☐ zementierte Pedikelschrauben
☐ unzementierte Pedikelschrauben
☐ Cage
☐ Platten
☐ Ilium-Schrauben
☐ S2-Ala-Ilium-Schrauben
☐ Facettenschrauben
☐ Laminahaken
☐ Pedikelhaken
☐ sublaminäre Cerclage
☐ transaminäre Schrauben
☐ Zement

andere

Deformitätenkorrektur

- ☐ keine
- ☐ Ponte/Smith-Petersen, Schwab II
- ☐ PSO, Schwab III/IV
- ☐ VCR

andere

Bewegungserhaltende Stabilisierung

- ☐ keine
- ☐ Bandscheibenersatz
- ☐ dynamische Stabilisierung
- ☐ interspinöser Spacer
- ☐ lumbale Pars-Schraube

andere

Andere operative Massnahmen

- ☐ keine
- ☐ Wirbelkörperaugmentation mit Aufrichtung
- ☐ Wirbelkörperaugmentation ohne Aufrichtung
- ☐ Materialentfernung
- ☐ Wunddrainage

andere

Intraoperative unerwünschte Ereignisse

- ☐ keine
- ☐ Nervenwurzelverletzung
- ☐ Rückenmarkverletzung
- ☐ Duraverletzung
- ☐ Gefässverletzung
- ☐ Fraktur Wirbelkörper(strukturen)
- ☐ Zementleckage, die intraop. therap. Massnahmen erfordert

therapeutische Massnahmen
andere Ereignisse

Re-/Interventionen in gleicher Sitzung

- ☐ keine
- ☐ Naht
- ☐ (Fibrin) Kleber
- ☐ Implantatreposition

andere

Intraoperative allgemeine Komplikationen

- ☐ keine
- ☐ anästhesiologisch
- ☐ kardiovaskulär
- ☐ pulmonal
- ☐ Thromboembolie
- ☐ Tod

andere

Operationsumfang

gleich wie bei der Fusion

	Dekompression	Fusion	Rigide Stabilisierung	Deformitätenkorrektur	Bewegungserhaltende Stabilisierung	Andere operative Massnahmen
Th1/2 oder Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th2/3 oder Th2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th3/4 oder Th3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th4/5 oder Th4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th5/6 oder Th5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th6/7 oder Th6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th7/6 oder Th7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th8/9 oder Th8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th9/10 oder Th9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th10/11 oder Th10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th11/12 oder Th11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th12/L1 oder Th12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1/2 oder L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2/3 oder L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3/4 oder L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4/5 oder L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5/S1 oder L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sakrum S2-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coccyx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Implantatkleber
