

# Operations protokol



Cpr. nr.	_____ - _____	Fornavn	_____
Efternavn	_____		

Operationsdato:	_____ (år – måned – dag)
Beskrevet af	_____ (Fornavn – Efternavn)
Titel:	_____

<b>Neurokirurgi (NK)</b>	
Baklofenpumpe ind	<input type="checkbox"/>
Baklofenpumpe ud	<input type="checkbox"/>
Justering af baklofenpumpe	<input type="checkbox"/>
Selektiv Dorsal Rhizotomi	<input type="checkbox"/>
Anden NK operation	<input type="checkbox"/>

<b>Ryg</b>	
Skoliose operation (NAT29)	<input type="checkbox"/>
Anden rygoperation (NAT99)	<input type="checkbox"/>

<b>Bækken</b>		
Dega/San Diego (NEK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Chiari (NEK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Trippelosteotomi (NEK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Anden bækken operation (NET99)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre


**Hofte – lår**

Proksimal variserende femurosteotomi (NFK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Proksimal rotationsosteotomi (NFK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Proksimal valgiserende osteotomi (NFK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Distal ekstenderende femurosteotomi (NFK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Forkortnings osteotomi på femur (NFK69)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Girdlestone (NFK19)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Adduktormyotomi (add. Long. og gracilis) (NFL39)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Adduktor-psoas myotenotomi (med iliopsoas) (NFL39)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Myotenotomi af (NFL39)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Deling af n. obturatorius (ACC19)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Distal hamstring myotenotomi (NGL39)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Myotenotomi af rectus (NGL39)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Forlængelse af hamstrings (NGL69)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Rectus transfer (NGL89)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Anden operation på hofte og lår (NFL99)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre

**Knæ**

Bagerste kapseltomi (NGE02)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Distal femurosteotomi (NGK59)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre
Anden operation i knæleddet (NGE99)	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre

