

**NASJONALT KORSBÅNDSREGISTER**

Nasjonalt Register for Leddproteser  
 Helse Bergen HF, Ortopedisk klinikk  
 Haukeland universitetssjukehus  
 Møllendalsbakken 7, 5021 BERGEN  
 Tlf: 55976454

F.nr. (11 sifre).....

Navn.....

Sykehus.....

(Skriv tydelig evt. pasientklislapp – spesifiser sykehus.)

**KORSBÅND**

**KORSBÅNDSOPERASJONER OG ALLE REOPERASJONER på pasienter som tidligere er korsbåndsoperert.**

Alle klislapper (med unntak av pasientklislapp) settes i merket felt på baksiden av skjemaet.

(Bilateral operasjon = 2 skjema)

**AKTUELLE SIDE** (ett kryss)  Høyre  Venstre

**MOTSATT KNE**  Normalt  Tidligere ACL/PCL-skade

**TIDLIGERE OPERASJON I SAMME KNE**

Nei  Ja

**SKADEDATO FOR AKTUELL SKADE** (mm.åå) |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**AKTIVITET SOM FØRTE TIL AKTUELLE SKADE**

- Fotball  Annen lagidrett
- Håndball  Motor- og bilsport
- Snowboard  Annen fysisk aktivitet
- Alpint (inkl. twin tip)  Arbeid
- Annen skiaktivitet  Trafikk
- Kampsport  Fall/hopp/vold/lek
- Basketball
- Annet.....

**AKTUELLE SKADE** (Registrer alle skader – også de som ikke opereres)

- ACL  MCL  PLC  Med. menisk
- PCL  LCL  Brusk  Lat. menisk
- Annet.....

**YTTERLIGERE SKADER** (evt. flere kryss)  Nei, hvis ja spesifiser under

- Karskade  Nerveskade  Fraktur  Ruptur i ekstensorapparatet
- Hvilken: .....
- N. tibialis  N. peroneus
- Femur  Tibia  Fibula
- Patella  Usikker
- Quadricepsenen  Patellarsenen

**OPERASJONSDATO** (dd.mm.åå) |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**AKTUELLE OPERASJON** (ett kryss)

- Primær rekonstruksjon av korsbånd
- Revisjonskirurgi, 1. seanse
- Revisjonskirurgi, 2. seanse
- Annen knekirurgi. (Ved kryss her skal andre prosedyrer fylles ut)

**ÅRSAK TIL REVISJONSREKONSTRUKSJON** (evt. flere kryss)

- Infeksjon  Graftsvikt
- Fiksasjonssvikt  Nytt traume
- Ubehandlete andre ligamentskader  Smerte
- Annet .....

**ANDRE PROSEDYRER** (evt. flere kryss)  Nei, hvis ja spesifiser under

- Meniskoperasjon  Osteosyntese
- Synovektomi  Bruskoperasjon
- Mobilisering i narkose  Artroskopisk debridement
- Fjerning av implantat  Operasjon pga infeksjon
- Benreseksjon (Notch plastikk)  Bentransplantasjon
- Osteotomi  Artrodese
- Annet .....

**GRAFTVALG**

	ACL	PCL	MCL	LCL	PLC
<input type="checkbox"/> BPTB					
<input type="checkbox"/> Hamstring					
<input type="checkbox"/> Allograft					
<input type="checkbox"/> Direkte sutur					
<input type="checkbox"/> Annet .....					

**GRAFTDIAMETER** (oppgi største diameter på graftet) .. mm

Ved bruk av double bundle-teknikk: AM:.....mm PL:.....mm

**TILGANG FOR FEMURKANAL**

- Anteromedial  Transtibial  Annet .....

**FIKSASJON**

Sett klislapp på merket felt på baksiden av skjemaet  
 Skill mellom femur og tibia

**AKTUELL BEHANDLING AV MENISKLESJON**

	Partiell reseksjon	Total reseksjon	Sutur	Syntetisk fiksasjon*	Menisk-transpl.	Trepanering	Ingen
Medial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Sett klislapp på merket felt på baksiden

**BRUSKLESJON** (evt. flere kryss)

	Areal (cm <sup>2</sup> )		ICRS Grade*				Artrose		Behandlings-kode**				
	≤2	>2	1	2	3	4	Ja	Nei	1	2	3	4	Spesifiser annet
Patella MF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Patella LF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Trochlea fem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Med.fem. cond.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Med. tib. plat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lat.fem. cond.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lat. tib. plat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

\***ICRS Grade:** 1 Nearly normal: Superficial lesions, soft indentation and/or superficial fissures and cracks; 2 Abnormal: Lesions extending down to <50% of cartilage depth; 3 Severely abnormal: Cartilage defects extending down >50% of cartilage depth as well as down to calcified layer; 4 Severely abnormal: Osteochondral injuries, lesions extending just through the subchondral boneplate or deeper defects down into trabecular bone.

\*\***Behandlingskoder:** 1 Debridement; 2 Mikrofraktur; 3 Ingen behandling; 4 Annet.

**DAGKIRURGISK OPERASJON**  Nei  Ja

**PEROPERATIVE KOMPLIKASJONER**  Nei  Ja, hvilke(n) .....

**OPERASJONSTID** (hud til hud).....min

**SYSTEMISK ANTIBIOTIKA**

Nei  Ja  Profylakse  Behandling

Medikament 1 ..... Dosering ..... Varighet .....timer

Eventuelt i kombinasjon med medikament 2 .....

**TROMBOSEPROFYLAKSE**

Nei  Ja: Første dose  Preoperativt  Postoperativt

Medikament 1 ..... Dosering opr.dag.....

Dosering videre ..... Varighet ..... døgn

Medikament 2 .....

Anbefalt total varighet av tromboseprofylakse.....

**NSAIDs**

Nei  Ja, hvilken type.....

Anbefalt total varighet av NSAIDs-behandling.....

**HØYDE** .....cm

**VEKT** .....kg

**RØYK**  Nei  Av og til  Daglig

**SNUS**  Nei  Av og til  Daglig

Lege:.....  
 Legen som har fylt ut skjemaet (navnet registreres ikke i databasen).

## RETTLEDNING

- Registreringen gjelder ALLE fremre og bakre korsbåndoperasjoner.
- Registreringen gjelder ALLE kneoperasjoner på pasienter som tidligere er korsbåndoperert.
- Ett skjema fylles ut for hvert kne som blir operert.
- Aktuelle ruter markeres med kryss. Stiplet linje fylles ut der dette er aktuelt.
- Pasienten skal på eget skjema gi samtykke til registrering.

## KOMMENTARER TIL DE ENKELTE PUNKTENE

### FORKORTELSER SOM ER BRUKT PÅ SKJEMAET

- ACL: Fremre korsbånd
- PCL: Bakre korsbånd
- MCL: Mediale kollateralligament
- LCL: Laterale kollateralligament
- PLC: Popliteus kompleks/bicepssene kompleks
- BPTB; Patellarsene autograft
- AM: Anteromediale bunt av ACL
- PL: Posterolaterale bunt av ACL

**SKADEDATO** Skriv inn skadedatoen så eksakt som mulig.  
Ved ny skade av tidligere operert korsbånd, skriv inn den nye skadedatoen.

**FIKSASJON** Angi hvilken fiksasjonstype som er brukt ved å feste klistrelapp på baksiden.  
Husk å skille mellom femur og tibia for graffiksasjon, og mellom medial og lateral side for meniskfiksasjon.

**PEROPERATIVE KOMPLIKASJONER**  
Ved en ruptur/kontaminering av høstet graft e.l. skal det opprinnelige graftet anføres her.  
Andre peroperative komplikasjoner skal også fylles inn her.

**SYSTEMISK ANTIBIOTIKA**  
Her føres det på hvilket antibiotikum som er blitt benyttet i forbindelse med operasjonen. Det anføres dose, antall doser og profylaksens varighet. F.eks. Medikament 1: Keflin 2g x 4, med varighet 12 timer.

**TROMBOSEPROFYLAKSE**  
Type, dose og antatt varighet av profylaksen skal angis separat for operasjonsdagen og senere.

Kopi beholdes i pasientjournalen, originalen sendes til Nasjonalt Korsbåndregister.

**Kontaktpersoner vedrørende registreringskjema er**  
Professor Lars Engebretsen, Ortopedisk avdeling, Oslo Universitetssykehus  
e-post: [lars.engebretsen@medisin.uio.no](mailto:lars.engebretsen@medisin.uio.no)  
Lege Håvard Visnes, Haukeland universitetssjukehus e-post:  
[Haavard.visnes@helse-bergen.no](mailto:Haavard.visnes@helse-bergen.no)  
Sekretær i Nasjonalt Korsbåndregister, Ortopedisk avd., Helse Bergen  
Kate Heidi Vadheim, tlf.: 55 97 64 54  
e-post: [korsband@helse-bergen.no](mailto:korsband@helse-bergen.no)

GRAFFIKSASJON		MENISKFIKSASJON	
FEMUR	TIBIA	MEDIAL	LATERAL