

SIRIS Wirbelsäule

= nur eine Antwort möglich = mehrere Antworten möglich

Patientendaten

Nr.

Nachname

Vorname

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

Aufnahme/Pathologie

Hauptdiagnose

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

Typ der Degeneration primär | sekundär

keine
 Diskushernie
 zentrale oder laterale Stenose
 foraminale Stenose
 BS-Degeneration
 degenerative Deformität
 degenerative Spondylolisthese
 Myelopathie
 Facettengelenksarthrose
 Synovialzyste
 ISG

Typ der Spondylolisthese

Typ I (kongenital, dysplastisch)
 Typ II (isthmisch)
 Typ IV (traumatisch)
 Typ V (pathologisch)
 Typ VI (postoperativ)

Grad der Spondylolisthese
 I II III IV Spondylolytose

Pathologische Fraktur aufgrund

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

Frakturtyp

Fraktur Th1-L5/S1
 Sakrumfraktur

Alter pathologischer Fraktur
 <28 Tage
 ≥28 Tage

OF-Klassifikation pathologischer Fraktur
 1 2 3 4 5

Grund für Revision/Reoperation

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

Typ der Deformität

Skoliose
 Kyphose
 Frontale Dysbalance
 Sagittale Dysbalance

Art des Tumors

primär bösartig
 primär gutartig
 sekundär bösartig
 Tumor-like lesion

Infektion

eitrig
 tuberkulös
 unbekannt

Hauptetiologie der Deformität

idiopathisch kongenital
 neuromuskulär
 posttraumatisch
 M. Scheuermann

Lokalisation des Tumors

extraossäre Weichteile
 intraossär
 extraossär (extradural)
 extraossär (intradural)

Betroffene Struktur(en)

Spondylitis
 Diszitis
 epiduraler Raum
 paravertebrale Infektion

Operation

Anzahl bisheriger WS-Operationen auf gleichen/angrenzenden Segmenten 0 1 2 3 4 >4
 - davon auf denselben Segmenten -----
 - davon auf benachbarten Segmenten -----

Operationsdatum TT/MM/JJJJ

Chirurg/Chirurgin Name

Grösse **Gewicht**

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

Posteriores Zugang

kein posteriores Zugang
 median
 paramedian
 perkutan

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 partiel/total
 Laminotomie
 Hemilaminektomie
 Laminektomie
 Facettektomie partiel
 Facettektomie total
 Sequestrektomie
 Foraminotomie

Fusion

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

Fusionsmaterial

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

Rigide Stabilisierung

keine
 zementierte Pedikelschrauben
 unazementierte Pedikelschrauben
 Wirbelkörperersatz mit Cage
 Wirbelkörperersatz mit Auto-/Allograft
 Platten
 Ilium-Schrauben
 Facettenschrauben
 Laminahaken
 Pedikelhaken
 sublaminäre Cerclage
 translaminäre Schrauben
 Zement

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
- Metallentfernung
- Wunddrainage

andere

Intraoperative unerwünschte Ereignisse

- keine
- Nervenwurzelverletzung
- Rückenmarksverletzung
- 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