

# Checkliste

## Indikation Hüft-TEP

Patientenname, Geburtsdatum oder Patientenaufkleber

Hauptkriterien zur Indikation		Ja	Nein	Begründung
<b>Strukturschaden:</b>	Coxarthrose mind. Kellgren/Lawrence Grad 3 (oder Hüftkopfnekrose mind. ARCO III c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Konservative Therapie:</b>	Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie seit mindestens 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kernelemente nicht-medikamentöser konservativer Therapie erfolgt: Information, Bewegungstherapie, ggf. Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hoher Leidensdruck trotz konservativer Therapie:</b>	Hüftbezogene Beschwerden (Schmerzen, Funktionseinschränkung) Messinstrument/Score:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität Messinstrument/Score:		<input type="checkbox"/>	

Kontraindikationen	Nein	Ja	Begründung
Aktive Infektion (von Gelenken, Weichteilen oder hämatogen streuend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akute oder chronische Begleiterkrankungen mit erhöhtem Sterberisiko Ggf. welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BMI >40 (kg/m <sup>2</sup> ) = (BMI-Wert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Kontraindikationen gegen OP Ggf. welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Indikation zur Hüft-TEP?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Checkliste Indikation Hüft-TEP

Patientenname, Geburtsdatum oder Patientenaufkleber

Modifizierbare Risikofaktoren	entfällt	Ja	Nein	Begründung
<b>Nikotin:</b> Karenz mind. 4 Wochen vor OP bis Wundheilung empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Diabetes mellitus:</b> HbA1c-Wert unter 8 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>BMI &gt; 30 kg/m2:</b> Gewichtsabnahme empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Anämie:</b> Optimierung erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Intraartikuläre Injektion von Cortikosteroiden:</b> keine Hüft-TEP innerhalb von 6 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>V.a. psychische Erkrankung:</b> fachspezifische Abklärung empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partizipative Entscheidungsfindung			
Patient*innenziele Bitte notieren Sie die wichtigsten Ziele, die durch die Operation erfüllt werden sollen.	Ärztliche Einschätzung der Erfüllung		
	Wahrscheinlich	unsicher	Unwahrscheinlich
	<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"/>

Gemeinsame Entscheidung	Ja	Nein	Begründung
Hüft-TEP Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	