

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn ..... Förnamn .....

**Neuropediatrikuppgifter**

Bedömare .....  
 Förnamn ..... Efternamn ..... Klinik/enhet .....

**Bedömning/undersökning gjord av** (ange endast ett alternativ)

- Neurokirurg       Neuropediatriker       Neurolog  
 Vuxenhäbläkare       Annan läkare       Ej läkare

Bedömningsdatum -- (åååå-mm-dd)

**Typ av spinal skada** (ange endast ett alternativ)

- Fjättrad ryggmärg utan ryggmärgsbråck (RMB)  
 Annan spinal missbildning utan RMB      Om Annan, ange vilken **spinal missbildning**  
 Diastematomyeli  
 Dermalt sinus  
 Övrigt .....  
 Specificera

Förvärvad ryggmärgsskada (ACI)      Om Förvärvad, ange Datum, alternativt ålder, samt Orsak

Datum -- (åååå-mm-dd)      Ålder  (år)       Estimerad uppgift

**Orsak** (ange endast ett alternativ)

- Trauma       Tumör       Myelit  
 Annan .....  
 Specificera

Övrigt .....  
 Specificera

**Debutsymtom** (ange den eller de observationer/symtom som fört till utredning/diagnos av spinal avvikelse)

- Synligt bråck       Hudmarkör (sinus, tofs, bula...)  
 Urologiska symtom       Pares  
 Spasticitet       Smärta  
 Skolios       Fotfelställning/atrofi/asymmetri/avvikande gångmönster

Övrigt .....  
 Specificera       Okänt

**Operationsuppgifter**

**Genomgått operation för spinal avvikelse**

- Nej       Ja, i Sverige       Ja, utomlands       Okänt

( Uppgifter för genomförd primäroperation för ryggmärgsbråck registreras i Operationsformulär)

**Övriga uppgifter**

Kompletterande uppgifter lämnas här (var god texta)

**Kommentar** .....  
 .....