

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

OBS! Detta formulär 4.0 MMCUP Operation måste fyllas i innan man kan öppna formulären för den specifika operationen i 3C (internetapplikationens 4.1-4.9 MMCUP op)

Uppgift om aktuellt operationstillfälle

Operationsdatum - (åååå-mm-dd)	Definitioner Operationstillfälle: Operation under en narkos/utan narkos vid ett och samma tillfälle Operationsstart: Knivstart
Operationstillfälle detta datum ☐ 1:a tillfälle ☐ 2:a tillfälle	
Operationsstart ☐ Mellan 08.00 – 17.00, vardag ☐ Övrig tid	
Operationsbeslut taget ☐ < 24 timmar före operation ☐ ≥ 24 timmar före operation ☐ Uppgift saknas	
Svenskt sjukhus namn (sjukhuskod, kategori, ort och landsting hämtas från lista i 3C)	
☐ Utländskt sjukhus Ort.....	
Operatör(er) (vid detta operationstillfälle)	
☐ <i>Neurokirurg</i>	☐ <i>Plastikkirurg</i>
☐ <i>Handkirurg</i>	☐ <i>Barnkirurg</i>
☐ <i>Annan läkare</i>	☐ <i>Ortoped</i>
	☐ <i>Ryggortoped</i>
	☐ <i>Urolog</i>
Specificera	
Minst en operatör har särskild inriktning mot MMC/spinaldysrafism/hydrocefalus hos barn	
☐ Nej	☐ Ja
☐ Uppgift saknas	
Elektivt inlagd för denna operation	
☐ Nej	☐ Ja
☐ Uppgift saknas	
Peroperativ infektionsprofylax – antibiotika	
☐ Nej	☐ Ja
☐ Uppgift saknas	
Peroperativa komplikationer (av allvarlig karaktär t.ex. cirkulationskollaps eller intracerebral blödning)	
☐ Nej	☐ Uppgift saknas
☐ Ja	
Specificera	

Uppgift om specifika operationer för detta operationstillfälle

Genomförda operation(er) (Ange ett eller flera alternativ)	Formulär som ska fyllas i
☐ Neurokirurgisk operation av ryggmärgsbråck	NK 1 - OP
☐ Neurokirurgisk operation av hydrocefalus	NK 2 - OP
☐ Neurokirurgisk operation, occipitocervikal dekompression	NK3 - OP
☐ Neurokirurgisk operation, lösning av fjättrad ryggmärg	NK 4 - OP
☐ Neurokirurgisk operation, övrig	NK 5 - OP
☐ Urologisk operation	Uro - OP
☐ Gastro-intestinal operation	GI - OP
☐ Ryggortopedisk operation	Registreras i Sv. Ryggregister
☐ Ortopedisk operation	Ort – OP
☐ Övriga operationer	Övrig - OP

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

NK 1: Operation av ryggmärgsbråck (RMB) *Operationstyp* ☐ Primäroperation ☐ Re-operation

Operation påbörjad före 48 timmars ålder ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till operation av ryggmärgsbråck (Ange den/de viktigaste, max 5)

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text</i>
----------------	-----------------

Handwriting practice lines with five sets of boxes for letters and dotted lines for tracing.

Operationsuppgifter – Primäroperation (Besvaras endast om operationstyp är primäroperation)

MRT spinalkanal utförd före operation ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Bräckstorlek (Ange största diameter från hud till hud) . (cm)

Bräckets hudtäckning

☐ Helt hudtäckt ☐ Uppgift saknas
☐ Ej helt hudtäckt Om Ej helt hudtäckt, ange nedanstående uppgift

Likvorläckage preoperativt ☐ Nej ☐ Ja ☐ Kan ej bedömas

Lipom i anslutning till bråcket ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Operationsuppgifter – Re-operation (Besvaras endast om operationstyp är re-operation)

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

☐ *Likvorläckage* ☐ *Infektion* ☐ *Nekros* ☐ *Hematom* ☐ *Uppgift saknas*

☐ **Annan**
Specificera

Operationsuppgifter – Duragraft

Operation med dura-graft

☐ Nej ☐ Uppgift saknas

☐ Ja Om Ja, ange använda **duragraftmaterial** (Ange ett eller flera alternativ)

☐ *Fascia* ☐ *Vivostat* ☐ *Tisseal* ☐ *Tacoseal*

☐ **Annat**
 Ange vad och ev. fabrikat

Kommentar

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

NK 2: Hydrozephalusoperationer *Operationstyp* ☐ Primäroperation ☐ Re-operation

Operationer vid detta operationstillfälle

Endoskopisk ventriculocisternostomi (VCS) genomförd vid detta operationstillfälle

☐ Nej ☐ Ja

Operationskoder relaterade till operation av hydrocefalus (Ange den/de viktigaste, max 5)

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text</i>
----------------	-----------------

A horizontal number line with five vertical tick marks. The first four tick marks are grouped by a bracket underneath, and the fifth tick mark is separated by a space. To the right of the fifth tick mark, there is a dotted line extending horizontally.

A horizontal number line with five vertical tick marks. The first four tick marks are enclosed in rectangular boxes, while the fifth tick mark is not. To the right of the fifth tick mark, the line continues as a dotted line.

Operationsuppgifter

Operationstid (från påbörjat hudsnitt till avslutad hudsutur)

(Angivna tider ska ligga i intervallet 00:00 - 23:59)

Starttid : (tim:min)

Stopptid : (tim:min)

Suturmaterial

☐ Resorberbart ☐ Ej resorberbart ☐ Både resorberbart och icke resorberbart ☐ Uppgift saknas

Operationsuppgifter – tilläggsuppgifter vid re-operation (Besvaras endast om operationstyp är re-operation)

Re-operationsuppgifter (Ange ett eller flera alternativ)

☐ **Profylaktisk kateterförlängning**☐ *VCS med otillräckligt drainage*

☐ **Infektion - ventrikulit**

☐ **Infektion - bukcyta/peritonit**

☐ **Infektion - annat**
Specificera

☐ **Annat**

☐ *Uppgift saknas*

Shunt-dysfunktion

☐ Nej ☐ Uppgift saknas

☐ Ja Om Ja, ange orsak (Ange ett eller flera alternativ)

☐ *Läckage* ☐ *Obstruktion* ☐ *Avbrott* ☐ *Mekaniskt shuntfel*

☐ Felaktigt kateterläge ☐ Överdränage

Kommentar

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

NK 2: Hydrocefalusoperationer (fortsättning)

Uppgifter om shuntsystem vid detta operationstillfälle

Ny shuntventil och/eller kateter inopererad

☐ Nej ☐ Uppgift saknas

☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter om shuntsystem

Shuntsystem

Shuntventil

☐ Nej ☐ Uppgift saknas
☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Omställningsbart öppningstryck

☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange inställning efter avslutad OP nedan

Ventilinställning

.....
Produktnamn

Tillverkare

.....
Produktkod

Proximal kateter ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

.....
Produktname

Tillverkare

.....
Produktkod

 (cm)
Längd

Position

□ Frontalt

☐ Occipitalt

☐ Uppgift saknas

□ Annan

.....
Specificera

Distal kateter ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Produktname

Tillverkare

.....
Produktkod

 (cm)

Längd

Position

☐ Till buk

☐ Till hjärta

☐ Uppgift saknas

Antisifon ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

.....
Produktname

.....
Tillverkare

.....
Produktkod

Övrigt ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

.....
Produktname

Tillverkare

.....
Produktkod

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

NK 3: Occipitocervikal dekompressionsoperation *Operationstyp* ☐ Primäroperation ☐ Re-operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till occipitocervikal dekompressionsoperation (Ange den/de viktigaste, max 5)

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text</i>
	
	
	
	
	

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

- ☐ **Symtom från kranialnervser/hjärnstam** (t.ex. andning, sväljning, central apné)
- ☐ **Smärta**
- ☐ **Ryggmärgssymtom**
- ☐ **MRT-fynd**
- ☐ **Annat symtom**
- Specificera
- ☐ **Uppgift saknas**

Operationsteknik (Ange ett eller flera alternativ)

- ☐ *Bendekompression* ☐ *Laminectomi C1* ☐ *Laminectomi C2* ☐ *Duraplastik*
- ☐ *Annan*
Specificera
- ☐ *Uppgift saknas*

Operationsuppgifter – Duragraft

(Besvaras endast om operationsteknik är duraplastik)

Operation med duragraft

- ☐ Nej ☐ Uppgift saknas
- ☐ Ja Om Ja, ange använda **duragraftmaterial** (Ange ett eller flera alternativ)
- ☐ *Periost* ☐ *Vivostat* ☐ *Tisseal* ☐ *Tacoseal*
- ☐ *Annat*
- Ange vad och ev. fabrikat

Kommentar

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

NK4: Operation - lösning av fjättrad ryggmärg *Operationstyp* ☐ Primäroperation ☐ Re-operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till operation för lösning av fjättrad ryggmärg (Ange den/de viktigaste, max 5)

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text</i>

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

- ☐ *Tilltagande sensibilitetsnedsättning eller dysestesi*
- ☐ *Smärta nacke, rygg och/eller nedre extremiteter*
- ☐ *Tilltagande pares, spasticitet, led- eller ryggfelställning*
- ☐ *Planerad scoliosoperation*
- ☐ *Hjärnstamssymtom*
- ☐ *Förändrad kontinens eller cystometrifynd*
- ☐ *Annan indikation*
- Specificera

Rapportering av start fjättringssymtom (Ange ett eller flera alternativ)

- ☐ **Självrapporterade symtom** Om självrapporterade symtom, ange datum
Datum - (åååå-mm) ☐ Estimerad uppgift

☐ **Tidigast noterad förändring i status** Om noterad förändring, ange datum
Datum - (åååå-mm) ☐ Estimerad uppgift

OP-indikation bedömd i samråd med regionalt MMC-team ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Operationstechnik

<i>Neurofysiologisk monitorering</i>	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas
<i>Delning av filum terminale</i>	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas
<i>Lipom i anslutning till op-området</i>	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas
<i>Dermoid anslutning till op-området</i>	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas
<i>Tidigare ärr i anslutning till op-området</i>	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas
<i>Radikal lösning</i>	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas

Kommentar

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 –

--	--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

NK 5: Neurokirurgisk operation, övrig

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till övriga neurokirurgiska ingrepp (Ange den/de viktigaste, max 5)

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text</i>	<i>Operationsklassificering</i>						
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ Huvudsaklig op	☐ Tilläggs-op
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ Huvudsaklig op	☐ Tilläggs-op
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ Huvudsaklig op	☐ Tilläggs-op
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ Huvudsaklig op	☐ Tilläggs-op
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ Huvudsaklig op	☐ Tilläggs-op

Kommentar

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 –

--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn Landsting

URO-OP: Urologisk operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till urologiska operation (Ange den/de viktigaste, max 5)

KVÅ-kod **KVÅ-text**

<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

- | | |
|--|---|
| ☐ Urinläckage | ☐ Högt blåstryck |
| ☐ RIK-svårigheter | ☐ Högt blåstryck med njurpåverkan |
| ☐ Annan indikation | Specificera |
| ☐ Uppgift saknas | |

Typ av ingrepp (Ange ett eller flera alternativ)

- | | |
|--|--|
| ☐ Urethrocystoscopi | |
| ☐ Botulinumtoxin intravesikalt | |
| ☐ Vesicostomi | |
| ☐ Vesicostomi - slutningsop | |
| ☐ RIK-kanal (Appendicovesicostomi/Mitrofanoff) | |
| ☐ RIK-kanal (Ileovesicostomi/Monti) | |
| ☐ Blåsförstoring | Vid blåsförstoring, ange vilket/vilka tarmsegment som använts |
| | ☐ Ileum ☐ Colon ☐ Autoaugmentation ☐ Annat |
| ☐ Kockresevoir | |
| ☐ Bricker | |
| ☐ Blåshalsplastik | Vid blåshalsplastik, ange Metod (Ange <u>endast ett</u> alternativ) |
| | ☐ Slutning ☐ Young-Dees ☐ Young-Dees-Leadbetter |
| | ☐ Kropp ☐ Sling ☐ Pippi-Salle |

(Typ av ingrepp - fortsätter nästa sida)

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 –

--	--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn Landsting

URO-OP: Urologisk operation (fortsättning)

Operationsuppgifter - fortsättning

Typ av ingrepp – fortsättning (Ange ett eller flera alternativ)

☐ **Artificiell sfinkter** Vid Artificiell sfinkter ange nedanstående uppgifter om implantat

Implantat

Sfinkter ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående

.....
Produktnamn

.....
Tillverkare

.....
Produktkod

Tillbehör ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående

.....
Produktnamn

.....
Tillverkare

.....
Produktkod

Övrigt ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående

.....
Produktnamn

.....
Tillverkare

.....
Produktkod

☐ **Avlägsnande av tidigare inopererat implantat**

☐ **Annan åtgärd för urinsfinkterfunktion**

☐ **Vesicoureteral reflux-op eller annan procedur**

☐ **Avlägsnande av sten i njure eller urinvägar**

☐ **Annan urologisk operation**
Specificera

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 –

--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn Landsting

GI-OP: Gastro-intestinal operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till mag-tarmkirurgisk operation (Ange den/de viktigaste, max 5)

KVÅ-kod

KVÅ-text

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

Operationsuppgifter

Typ av ingrepp (Ange ett eller flera alternativ)

☐ **Gastrostomi**

☐ **Gastro-esofageal reflux-operation (inkl Nissen)**

☐ **MACE Malone Antegrad Continence Enema (inkl annan ACE)**

☐ **Ileostomi**

☐ **Colostomi**

☐ **Cecostomiknapp**

☐ **Annan gastro-intestinal operation**

Specificera

Efternamn **Förnamn** **Landsting**

Operationskoder vid detta operationstillfälle

<i>KVÅ-kod</i>	<i>KVÅ-text/Tillägstext</i>	<i>Sida</i>
		☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
		☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
		☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
		☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
		☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda

OP-indikation bedömd i samråd med regionalt MMC-team ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 –

--	--	--	--	--

 (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn Landsting

ÖVRIG-OP: Övriga operationer

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till övriga operationer (Ange den/de viktigaste, max 5)

KVÅ-kod

KVÅ-text

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

.....

Operationsuppgifter

Typ av ingrepp (Ange ett eller flera alternativ)

☐ **Hudkirurgi**

☐ **Tonsillektomi/adenoider**

☐ **Tracheostomi**

☐ **Annat ingrepp**
Specificera