MMCUP **Operation**

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐ (åååammdd-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)
☐ ***Neurokirurg*** ☐ ***Plastikkirurg*** ☐ ***Ortoped*** ☐ ***Ryggortoped***
☐ ***Handkirurg*** ☐ ***Barnkirurg*** ☐ ***Urolog***

☐ ***Annan läkare*** .....
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
X Ortopedisk operation	Ort – OP
☐ *Övriga operationer*	Övrig - OP

MMCUP **Operation**

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐ (åååammdd-nnnn)

Efternamn ..... ***Förnamn*** ..... ***Landsting*** .....

ORT-OP: Ortopedisk operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder (se lista för ortopediska operationer) (Ange den/de viktigaste, max 5)

KVÅ-kod	***KVÅ-text/Tillägstext***	***Sida***
☐☐☐☐☐	.....	☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
☐☐☐☐☐	.....	☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
☐☐☐☐☐	.....	☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
☐☐☐☐☐	.....	☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda
☐☐☐☐☐	.....	☐ Hö ☐ Vä ☐ Båda

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Minska aktuell smärta***

☐ ***Förbättra funktion (aktuell och framtida)***

☐ ***Förebygga funktionsnedsättning***

☐ ***Underlätta ortosförsörjning***

☐ ***Korrigera felställning (kontraktur eller deformitet)***

☐ ***Annan indikation*** .....
Specificera

Typ av ingrepp (Ange ett eller flera alternativ)

Höft

☐ ***Profylaktiskt mot höftluxation*** ☐ ***Inträffad höftluxation***

☐ ***Kontraktur*** ☐ ***Deformitet (t.ex. rotation)***

Knä

☐ ***Kontraktu*** ☐ ***Deformitet***

Fot

☐ ***Kontraktur*** ☐ ***Deformitet***

☐ ***Annan ortopedisk operation*** .....
Specificera

Specificera/definiera op vid behov .....
Specificera

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