

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Genomförd av: namn.....yrke.....verksamhet.....ort.....

Datum -- (åååå-mm-dd)

BASINFORMATION- fylls i en gång, men kan uppdateras med ny information (hoppa över frågor som du eller patienten inte vet säkert, verifiera det som går med medicinska journaluppgifter/läkare senare)

Typ av ryggmärgsbråck: (ange endast ett alternativ)

- Öppet ryggmärgsbråck (dvs. inte helt hudtäckt) Hudtäckt bråck över ryggraden
 Möjligt/misstänkt ryggmärgsbråck/meningocele

Diagnosen bekräftad av: Neurokirurg Barnneurolog Vuxen(re)habläkare Annan, vem.....

Har någon gång opererats p.g.a. hydrocefalus/vattenskalle och tex fått shunt ? Ja Nej Okänt

Har Arnold Chiari/Chiari II Ja Nej Okänt

Om ja, opererad p.g.a. trängsel i nacken (craniocervikal dekompensionsop) ? Ja Nej Okänt

Haft latexallergisk reaktion: Ja Nej Okänt

Har eller har haft njurfunktionsnedsättning Ja* Nej Okänt

Om ja*: njurtransplanterad Ja Nej Dialysbehandlas Ja Nej

Svår synnedsättning/blindhet Ja Nej Okänt

Epilepsi Ja Nej Okänt

Intellektuell funktionsnedsättning, (enligt ICD-10) Ja, testat Ja, sannolikt, ej testat eller test ej tillgängligt
 Nej, testat Nej, sannolikt, ej testat eller test ej tillgänglig Okänt

Skolform vid 14 års ålder (högstadiet): Träningsskola Grundsärskola Grundskola Okänt

Andra långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar: Ja Nej Okänt

Om ja, vad?.....

Kontrollera och UPPDATERA vid behov samordningsansvarig verksamhet och kontaktuppgifter i formuläret "1.0 MMCUP_Deltagare":

Samordningsansvarig verksamhet för insatser för denna person finns *Samordningsansvarig verksamhet = verksamhet som assisterar personen med samordning av sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser relaterade till spinal dysrafism/HC* Nej Okänt Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Verksamhetsnamn.....

Adress

Postnr Ort

Verksamhet Barn- och ungdomshabilitering Vuxenhabilitering Sjukhusklinik.
 Primärvård/vårdcentral Kommunal verksamhet Annan