

Personnummer [][][][][][][][][][][] - [][][][][] (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn Landsting

OBS! Formuläret ”4.0 MMCUP Operation” ska fyllas i först och data hämtas därifrån till detta formulär; nödvändigt för att kunna spara nedanstående uppgifter i internetregistret.

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)

KVÅ-kod **KVÅ-text**

[][][][][][]
[][][][][][]
[][][][][][]
[][][][][][]
[][][][][][]

Operationsuppgifter

Operationstid (från påbörjat hudsnitt till avslutad hudsutur)

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

Starttid [][] : [][] (tim:min)

Stopptid [][] : [][] (tim:min)

Estimerad tid

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 dränage

Infektion - ventrikulit

Infektion - bukcyta/peritonit

Infektion - annat
Specificera

Annat
Specificera

Uppgift saknas

Shuntfunktion

Nej Uppgift saknas

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

Läckage Obstruktion Avbrott Mekaniskt shuntfel

Felaktigt kateterläge Överdränage

Kommentar

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

Enkelt shuntsystem (1 shunt+1 ventrikelkateter+1 distal kateter) Ja Uppgift saknas Nej, beskriv....(Char 100)

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

..... (cm)
Produktnamn **Tillverkare** **Produktkod** **Längd**

- Position** Frontalt Occipitalt Uppgift saknas
 Annan

Specificera

- Distal kateter** Nej Uppgift saknas Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

..... (cm)
Produktnamn **Tillverkare** **Produktkod** **Längd**

- Position** Till buk Till hjärta Uppgift saknas

- Antisifon** Nej Uppgift saknas Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

.....
Produktnamn **Tillverkare** **Produktkod**

- Övrigt** Nej Uppgift saknas Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

.....
Produktnamn **Tillverkare** **Produktkod**