

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.

Operationskoder vid detta operationstillfälle

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

KVÅ-kod	KVÅ-text
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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