MMCUP # NK4: Operation - lösning av fjättrad ryggmärg

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐ (åååammdd-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

Operationskoder vid detta operationstillfälle

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

KVÅ-kod ***KVÅ-text***

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Tilltagande sensibilitetsnedsättning eller dysestesi***
☐ ***Smärta nacke, rygg och/eller nedre extremiteter***
☐ ***Tilltagande pares, spatisticitet, 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

Operationsteknik

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

Kommentar .....