

Personuppgifter

Personnummer *..... (ååååmmdd-xxxx)

Förnamn*..... Efternamn *.....

Vårduppgifter

Uppföljningsorsak (ange ett alternativ)*

- ☐ Ryggmärgsbräck (MMC eller lipo-MMC)
- ☐ Annan ryggmärgsavvikelse än MMC/lipo-MMC
- ☐ Endast hydrocefalus utan ryggmärgsavvikelse

Huvudsaklig **tertiär sjukvård** (t.ex. neurokirurgi, ryggkirurgi, uro-tarm)*

- | | |
|---|--|
| ☐ Norra | ☐ Västra (Göteborg) |
| ☐ Mellansverige (Uppsala-Örebro) | ☐ Flera regioner |
| ☐ Stockholm | ☐ Ingen sjukvårdsregion |
| ☐ Sydöstra (Linköping) | ☐ Okänt |
| ☐ Södra (Malmö- Lund) | |

Bosatt i **region***(rullist med 21 regioner)

Har patienten **en samordningsansvarig verksamhet, som har kunskap om patientgruppen, samordnar sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser, kallar till uppföljning och finns tillgänglig för patienten?***

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nej |
| ☐ Delvis | ☐ Okänt |

Om ja, ange verksamhet

- | | |
|---|--|
| ☐ Barn och ungdomshabilitering | ☐ Primärvård |
| ☐ Vuxenhabilitering | ☐ Annan specialiserad enhet |
| ☐ Mottagning på sjukhus | |

Har personen läkare som samordnar medicinska insatser relaterat till ryggmärgsavvikelsen?*

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Okänt

Om ja, ange vid vilken verksamhet

- | | |
|---|--|
| ☐ Barn och ungdomshabilitering | ☐ Primärvård |
| ☐ Vuxenhabilitering | ☐ Annan specialiserad enhet |
| ☐ Mottagning på sjukhus | |

MMCUP- deltagare Ifyllt/uppdaterat (Datum)_____ (åååå-mm-dd)

Uppgifter om deltagande/ avslut

☐ *Personen/ legal företrädare har fått muntlig och skriftlig information om registret MMCUP**

Samtycke till deltagande i kvalitetsregister MMCUP erhållet från personen/ legal företrädare (ange endast ett alternativ)

- ☐ Ja, samtycker (själv) ☐ Nej, samtycker inte (själv/ legal företrädare)
☐ Ja, samtycker (legal företrädare)

Datum för samtycke/ icke samtycke (åååå- mm- dd)

Nedanstående uppgift ska fyllas i om patienten inte längre vill delta i registret, men accepterar att redan insamlade data får finnas i registret.

☐ Vill avsluta deltagande Datum (åååå-mm-dd)

☐ Flyttat utomlands (till land)

.....

Datum (åååå-mm-dd)

☐ Avliden Datum (åååå-mm-dd)

Om avliden:

Dödsorsak/er.....

Uppgift om flytt från en vårdgivare till en annan (Se rutin för flytt under "3C" på www.mmcup.se för utförliga instruktioner)

Flyttat från(tidigare vårdgivare, dvs region)

Flyttat till(mottagande vårdgivare, dvs region)

Överflyttningsdatum (åååå-mm-dd)

*- obligatorisk uppgift