



Personuppgifter

Personnummer (åååå-mm-dd-xxxx) _____

Förnamn _____ Efternamn _____

Vårduppgifter

Uppföljningsorsak (ange endast ett alternativ)

- ☐ Ryggmärgsbråck (MMC eller lipo-MMC)
- ☐ Annan ryggmärgsavvikelse än MMC/lipo-MMC

Huvudsaklig tertiär sjukvård (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 | |



Uppgifter om deltagande och samtycke

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) _____

Uppgifter om olika former av avslut i registret eller vid flytt

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 vilket land? _____

Datum (åååå-mm-dd) _____

☐ Avliden Datum (åååå-mm-dd) _____

Om avliden – orsak/orsaker? _____

* Vill personen radera sina insamlade uppgifter görs detta genom anmälan till CUPA, vg se separat information på hemsidan.

Uppgift om flytt från en vårdgivare till en annan

Flyttat från (tidigare vårdgivare, dvs region) _____

Flyttat till (mottagande vårdgivare, dvs region) _____

Överflyttningsdatum (åååå-mm-dd) _____

Deltagare medger att data flyttas över till annan region för att möjliggöra fortsatt uppföljning i registret och inrapportering av data. ☐ Ja ☐ Nej