



### Personuppgifter

Personnummer (åååå-mm-dd-xxxx) \_\_\_\_\_

Förnamn \_\_\_\_\_ Efternamn \_\_\_\_\_

### Vårduppgifter

**Uppföljningsorsak** (ange endast ett alternativ)

- Ryggmärgsbråck (öppet eller hudtäckt bråck)
- Annan neuralrörsdefekt än ryggmärgsbråck

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Norra                          | <input type="checkbox"/> Västra (Göteborg)     |
| <input type="checkbox"/> Mellansverige (Uppsala-Örebro) | <input type="checkbox"/> Flera regioner        |
| <input type="checkbox"/> Stockholm                      | <input type="checkbox"/> Ingen sjukvårdsregion |
| <input type="checkbox"/> Sydöstra (Linköping)           | <input type="checkbox"/> Okänt                 |
| <input type="checkbox"/> Södra (Malmö- Lund)            |  |

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

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

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja*    | <input type="checkbox"/> Nej   |
| <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Okänt |

\*Om ja, ange verksamhet

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barn och ungdomshabilitering | <input type="checkbox"/> Primärvård                |
| <input type="checkbox"/> Vuxenhabilitering            | <input type="checkbox"/> Annan specialiserad enhet |
| <input type="checkbox"/> Mottagning på sjukhus        |  |

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

- |                              |                              |                                |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja* | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Okänt |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

\*Om ja, ange vid vilken verksamhet

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barn och ungdomshabilitering | <input type="checkbox"/> Primärvård                |
| <input type="checkbox"/> Vuxenhabilitering            | <input type="checkbox"/> Annan specialiserad enhet |
| <input type="checkbox"/> 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 CPUA, 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