

Personnummer ------------------ (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn Landsting

Uppgift om aktuellt operationstillfälleOperationsdatum -- (åååå-mm-dd)**Operationstillfälle detta datum** 1:a tillfälle 2:a tillfälle**Operationsstart** Mellan 08.00 – 17.00, vardag Övrig tid**Operationsbeslut taget** < 24 timmar före operation ≥ 24 timmar före operation Uppgift saknas**Opererande landsting**

Ange vilket svenskt landsting, alternativt ange ”Utländskt”

Sjukhuskategori Svenskt regionsjukhus Annat svenskt sjukhus Sjukhus utanför Sverige

Sjukhus Ort

Namn

Operatör(er) (vid detta operationstillfälle) Neurokirurg Plastikkirurg Ortoped Ryggortoped Handkirurg Barnkirurg Urolog Annan läkare

Specificera

Minst en operatör har särskild inriktning mot MMC/spinaldysrafism/hydrocefalus hos barn Nej Ja Uppgift saknas**Elektivt inlagd för denna operation** Nej Ja Uppgift saknas**Peroperativ infektionsprofylax – antibiotika** Nej Ja Uppgift saknas**Peroperativa komplikationer** (av allvarlig karaktär t.ex. cirkulationskollaps eller intracerebral blödning) Nej Uppgift saknas Ja

Specificera

Definitioner**Operationstillfälle:** Operation under en narkos/utan narkos vid ett och samma tillfälle**Operationsstart:** Knivstart**Uppgift om specifika operationer för detta operationstillfälle****Genomförda operation(er)** (Ange ett eller flera alternativ)

- Neurokirurgisk operation av ryggmärgsbråck
- Neurokirurgisk operation av hydrocefalus
- Neurokirurgisk operation, occipitocervikal dekompression
- Neurokirurgisk operation, lösning av fjättrad ryggmärg
- Neurokirurgisk operation, övrig
- Urologisk operation
- Gastro-intestinal operation
- Ryggortopedisk operation
- Ortopedisk operation
- Övriga operationer

Formulär som ska fyllas i

- NK 1 - OP
- NK 2 - OP
- NK3 - OP
- NK 4 - OP
- NK 5 - OP
- Uro - OP
- GI - OP
- Registreras i Sv. ryggregister
- Ort - OP
- Övrig - OP