**MMCUP**

# NK 2 Hydrocefalusoperationer

***Personnummer*** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐ (åååmmdd-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 hydrocefalus ☐ Re-operation

## Operationer vid detta operationstillfälle

***Endoskopisk ventriculocisternostomi (VCS) genomförd vid detta operationstillfälle***

☐ Nej ☐ Ja

**Operationskoder relaterade till operation av hydrocefalus** (Ange den/de viktigaste, max 5)

***KVÅ-kod*** ***KVÅ-text***

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

☐☐☐☐☐ .....

## Operationsuppgifter

**Operationstid** (från påbörjat hudsnitt till avslutad hudsutur) **(Angivna tider ska ligga i intervallet 00:00 - 23:59)**

***Starttid*** ☐☐ : ☐☐ (tim:min) ***Stopptid*** ☐☐ : ☐☐ (tim:min) ☐ Estimerad tid

***Suturmaterial*** (inkluderar allt suturmaterial vid denna op)

☐ Resorberbart ☐ Ej resorberbart ☐ Både resorberbart och icke resorberbart ☐ Uppgift saknas

## Operationsuppgifter – tilläggsuppgifter vid re-operation (Besvaras endast om operationstyp är re-operation)

**Re-operationsuppgifter** (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Profylaktisk kateterförlängning***

☐ ***VCS med otillräckligt dränage***

☐ ***Infektion - ventrikulit***

☐ ***Infektion - bukcysta/peritionit***

☐ ***Infektion - annat*** .....
Specificera

☐ ***Annat*** .....
Specificera

☐ ***Uppgift saknas***

***Shuntdysfunktion***

☐ Nej ☐ Uppgift saknas

☐ Ja Om Ja, ange orsak (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Läckage*** ☐ ***Obstruktion*** ☐ ***Avbrott*** ☐ ***Mekaniskt shuntfel***

☐ ***Felaktigt kateterläge*** ☐ ***Överdränage***

***Kommentar*** .....

***Personnummer*** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐ (åååmmdd-nnnn)

***Efternamn*** ..... ***Förnamn*** ..... ***Landsting*** .....

## NK 2 Hydrocefalusoperationer (fortsättning)

## Uppgifter om shuntsystem vid detta operationstillfälle

***Ny shuntventil och/eller kateter inopererad***

☐ Nej ☐ Uppgift saknas

☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter om shuntsystem

**Shuntsystem** efter denna operation

Enkelt shuntsystem (1 shunt+1 ventrikelkateter+1 distal kateter) ☐ Ja ☐ Uppgift saknas ☐ Nej, beskriv..…(Char 100)

***Shuntventil***

☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

***Omställningsbart öppningstryck***

☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange inställning efter avslutad OP nedan

***Ventilinställning*** .....

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| ***Produktnamn*** | ***Tillverkare*** | ***Produktkod*** |

***Proximal kateter*** ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

| ..... | ..... | ..... | ☐☐☐ (cm) |
|---|---|---|---|
| ***Produktnamn*** | ***Tillverkare*** | ***Produktkod*** | ***Längd*** |

***Position*** ☐ Frontalt ☐ Occipitalt ☐ Uppgift saknas

☐ Annan .....
Specificera

***Distal kateter*** ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

| ..... | ..... | ..... | ☐☐☐☐ (cm) |
|---|---|---|---|
| ***Produktnamn*** | ***Tillverkare*** | ***Produktkod*** | ***Längd*** |

***Position*** ☐ Till buk ☐ Till hjärta ☐ Uppgift saknas

***Antisifon*** ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| ***Produktnamn*** | ***Tillverkare*** | ***Produktkod*** |

***Övrigt*** ☐ Nej ☐ Uppgift saknas ☐ Ja Om Ja, ange nedanstående uppgifter

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| ***Produktnamn*** | ***Tillverkare*** | ***Produktkod*** |