MMCUP NK 3: Occipitocervikal dekompressionsoperation

Personnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐ (ååååmmdd-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 dekompression ☐ Re-operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till occipitocervikal dekompressionsoperation (Ange den/de viktigaste, max 5)

KVÅ-kod	***KVÅ-text***
☐☐☐☐☐	.....
☐☐☐☐☐	.....
☐☐☐☐☐	.....
☐☐☐☐☐	.....
☐☐☐☐☐	.....

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Symtom från kranialnervser/hjärnstam*** (t.ex. andning, sväljning, central apné)

☐ ***Smärta***

☐ ***Ryggmärgssymtom***

☐ ***MRT-fynd***

☐ ***Annat symtom*** .....
Specificera

☐ ***Uppgift saknas***

Operationsteknik (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Bendekompression*** ☐ ***Laminectomi C1*** ☐ ***Laminectomi C2*** ☐ ***Duraplastik***

☐ ***Annan*** .....
Specificera

☐ ***Uppgift saknas***

Operationsuppgifter – Duragraft

(Besvaras endast om operationsteknik är duraplastik)

Operation med duragraft

☐ Nej ☐ Uppgift saknas

☐ Ja Om Ja, ange använda **duragraftmaterial** (Ange ett eller flera alternativ)

☐ ***Periost*** ☐ ***Vivostat*** ☐ ***Tisseal*** ☐ ***Tacoseal***

☐ ***Annat*** .....
Ange vad och ev. fabrikat

Kommentar .....