

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 fjättrad märg Re-operation

Operationskoder vid detta operationstillfälle

Operationskoder relaterade till operation för lösning av fjättrad ryggmärg (Ange den/de viktigaste, max 5)

KVÅ-kod	KVÅ-text
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Operationsuppgifter

Operationsindikation(er) (Ange ett eller flera alternativ)

- Tilltagande sensibilitetsnedsättning eller dysestesi
- Smärta nacke, rygg och/eller nedre extremiteter
- Tilltagande pares, spasticitet, led- eller ryggfelställning
- Planerad scoliosoperation
- Hjärnstamssymtom
- Förändrad kontinens eller cystometrifynd
- Annan indikation
Specificera

Rapportering av start fjättringssymtom (Ange ett eller flera alternativ)

- Självrapporterade symtom** Om självrapporterade symtom, ange datum
Datum - (åååå-mm) Estimerad uppgift
- Tidigast noterad förändring i status** Om noterad förändring, ange datum
Datum - (åååå-mm) Estimerad uppgift

OP-indikation bedömd i samråd med regionalt MMC-team Nej Ja Uppgift saknas

Operationsteknik

Neurofysiologisk monitorering	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Delning av filum terminale	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Lipom i anslutning till op-området	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Dermoid anslutning till op-området	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Tidigare ärr i anslutning till op-området	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Radikal lösning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

Kommentar