

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Neuropediatrikuppgifter

Bedömare
 Förnamn Efternamn Klinik/enhet

Bedömning/undersökning gjord av (ange endast ett alternativ)

- Neurokirurg Neuropediatriker Neurolog
 Vuxenhabläkare Annan läkare Ej läkare

Bedömningsdatum -- (åååå-mm-dd)

Typ av spinal skada (ange endast ett alternativ)

- Fjättrad ryggmärg utan ryggmärgsbråck (RMB)
 Annan spinal missbildning utan RMB Om Annan, ange vilken **spinal missbildning**
 Diastematomyeli
 Dermalt sinus
 NTD som del i caudal regression/sacral dys- eller agenesi
 Övrigt.....

Specificera

- Förvärvad ryggmärgsskada (ACI) Om Förvärvad, ange Datum, alternativt ålder, samt Orsak

Datum -- (åååå-mm-dd) **Ålder** (år) Estimerad uppgift

Orsak (ange endast ett alternativ)

- Trauma Tumör Myelit
 Annan
 Specificera

- Övrigt
 Specificera

Debutsymtom (ange den eller de observationer/symtom som fört till utredning/diagnos av spinal avvikelse)

- Synligt bråck Hudmarkör (sinus, tofs, bula...)
 Urologiska symtom Pares
 Spasticitet Smärta
 Skolios Fotfelställning/atrofi/asymmetri/avvikande gångmönster

- Övrigt Okänt
 Specificera

Operationsuppgifter

Genomgått operation för spinal avvikelse

- Nej Ja, i Sverige Ja, utomlands Okänt

(Uppgifter för genomförd primäroperation registreras i Operationsformulär)

Övriga uppgifter

Kompletterande uppgifter lämnas här (var god texta)

Kommentar
