

MMCUP- deltagare Ifyllt/uppdaterat (Datum) _____ (åååå-mm-dd)

Personuppgifter

Personnummer *..... (ååååmmdd-xxxx)

Förnamn* Efternamn *.....

Vårduppgifter

*Uppföljningsorsak (ange endast ett alternativ)**

- Ryggmärgsbräck (MMC eller lipo-MMC)
- Annan ryggmärgsavvikelse än MMC/lipo-MMC
- Endast hydrocefalus utan ryggmärgsavvikelse

*Huvudsaklig tertiär sjukvård (t.ex. neurokirurgi, ryggkirurgi, uro-tarm)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Norra | <input type="checkbox"/> Västra (Göteborg) |
| <input type="checkbox"/> Mellansverige (Uppsala-Örebro) | <input type="checkbox"/> Flera regioner |
| <input type="checkbox"/> Stockholm | <input type="checkbox"/> Ingen sjukvårdsregion |
| <input type="checkbox"/> Sydöstra (Linköping) | <input type="checkbox"/> Okänt |
| <input type="checkbox"/> Södra (Malmö- Lund) | |

*Bosatt i region**(rullist med 21 regioner)

*Har patienten en samordningsansvarig verksamhet, som har kunskap om patientgruppen, samordnar sjukvårds- och habiliteringsinsatser, kallar till uppföljning och finns tillgänglig för patienten?**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Okänt |

Om ja, ange verksamhet

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barn och ungdomshabilitering | <input type="checkbox"/> Primärvård |
| <input type="checkbox"/> Vuxenhabilitering | <input type="checkbox"/> Annan specialiserad enhet |
| <input type="checkbox"/> Mottagning på sjukhus | |

*Har personen läkare som samordnar medicinska insatser relaterat till ryggmärgsavvikelsen?**

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Okänt |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|

Om ja, ange vid vilken verksamhet

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barn och ungdomshabilitering | <input type="checkbox"/> Primärvård |
| <input type="checkbox"/> Vuxenhabilitering | <input type="checkbox"/> Annan specialiserad enhet |
| <input type="checkbox"/> Mottagning på sjukhus | |

MMCUP- deltagare Ifyllt/uppdaterat (Datum)_____ (åååå-mm-dd)

Uppgifter om deltagande/ avslut

*Personen/ legal företrädare har fått muntlig och skriftlig information om registret MMCUP**

Samtycke till deltagande i kvalitetsregister MMCUP erhållet från personen/ legal företrädare (ange endast ett alternativ)

Ja, samtycker (själv) Nej, samtycker inte (själv/ legal företrädare)
 Ja, samtycker (legal företrädare)

Datum för samtycke/ icke samtycke (åååå- mm- dd)

Nedanstående uppgift ska fyllas i om patienten inte längre vill delta i registret, men accepterar att redan insamlade data får finnas i registret.

Vill avsluta deltagande Datum _____ (åååå-mm-dd)

Flyttat utomlands (till land)

.....

Datum (åååå-mm-dd)

Avliden Datum (åååå-mm-dd)

Om avliden:

Dödsorsak/er.....

Uppgift om flytt från en vårdgivare till en annan (Se rutin för flytt under "3C" på www.mmcup.se för utförliga instruktioner)

Flyttat från_(tidigare vårdgivare, dvs region)

Flyttat till(mottagande vårdgivare, dvs region)

Överflyttningsdatum_ (åååå-mm-dd)

*- obligatorisk uppgift