



Personuppgifter

Personnummer (åååå-mm-dd-xxxx) _____

Förnamn _____ Efternamn _____

Vårduppgifter

Uppföljningsorsak (ange endast ett alternativ)

- Ryggmärgsbråck (MMC eller lipo-MMC)
- Annan ryggmärgsavvikelse än MMC/lipo-MMC

Huvudsaklig tertiär sjukvård (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 | |



Uppgifter om deltagande och samtycke

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) _____

Uppgifter om olika former av avslut i registret eller vid flytt

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 vilket land? _____

Datum (åååå-mm-dd) _____

Avliden Datum (åååå-mm-dd) _____

Om avliden – orsak/orsaker? _____

* Vill personen radera sina insamlade uppgifter görs detta genom anmälan till CPUA, vg se separat information på hemsidan.

Uppgift om flytt från en vårdgivare till en annan

Flyttat från (tidigare vårdgivare, dvs region) _____

Flyttat till (mottagande vårdgivare, dvs region) _____

Överflyttningsdatum (åååå-mm-dd) _____