



Personnummer* (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn* Förnamn*

Sjukvårdsregion* Bosatt i region*

Uppföljningsorsak*

- ryggmärgsbråck
 annan neuralrörsdefekt än ryggmärgsbråck

Diagnosuppgifter**Bedömare:*** Förnamn.....efternamn.....Klinik/enhet, ort.....
("sök"-knapp hämtar bedömare från formulär "Bedömare neuroförsta" där det registreras en gång)**Bedömare: Specialitet/yrke *** (rullist).....**Bedömningsdatum**.....(åååå-mm-dd)***Typ av ryggmärgsbråck**

- Öppet ryggmärgsbråck, dvs inte helt hudtäckt
 Hudtäckt bråck över ryggraden
 Möjligt/misstänkt ryggmärgsbråck/meningocele

Födelseuppgifter**Födelseland**

- Sverige
 Annat land, vilket Okänt

Ange barnets inflyttningsdatum alternativt barnets ålder vid inflyttningDatum(åååå-mm-dd) Ålder..... (år) Estimerad uppgift**Adopterat barn** Nej Ja Okänt**Finns MMC i familjen/släkten** Nej Okänt Ja* *Om Ja, ange släktskap.....**Vårduppgifter**

Om barnet vårdats i Sverige, ange på vilket/vilka sjukhus neonatalvård gavs

- Regionsjukhus** Nej Umeå Uppsala Göteborg Linköping
 Stockholm Lund Örebro
Annat sjukhus Nej Ja, ange sjukhus

**Graviditetsuppgifter**

Ange nedanstående uppgifter om moderns medicinering inför/under graviditet

Medicinering mot epilepsi Nej Ja Okänt**Folsyra profylax** Nej Ja Okänt**Prenatalt diagnostiserat ryggmärgsbråck** Nej Ja* Okänt

*Om Ja, ange i vilken grav.vecka MMC upptäcktes

Prenatalt diagnostiserad hydrocefalus/ventrikelvidgning Nej Ja Okänt**Förlossningsuppgifter**

Gestationslängd vid partus (Ange graviditetsvecka +antal dagar)

Graviditetsvecka..... Dagar (Ange 0-6 dagar) Okänd**Förlossning**

- Huvudbudning, vaginal förlossning,
- Sätessändläge, vaginal förlossning
- Planerat sectio (op-beslut > 24 tim före op-start)
- Ej planerat/akut sectio (op-beslut < 24 tim före op-start)
- Ingen uppgift

Neonataluppgifter (t.o.m. 28 dagars ålder)**Hjärnstamssymtom neonatalt**

(ex. andningsstörning/apnéer, heshet, hosta, cyanosattacker, sväljningssvårigheter)

 Nej Ja Okänt

Ange pågående behandling vid utskrivning till hemmet efter neonatalvården

Ventilatorbehandling/andningsstöd Nej Ja Okänt**Sondmatning** Nej Ja Okänt**RIK** Nej* Ja Okänt

*Om Nej, ange orsak, flera svar möjliga

- pojke med vikt under 3000 gram
- kateteriseringssvårigheter
- KAD via uretra
- suprapubisk kateter
- normal blåstömningsförmåga enligt utredning

**Neonataluppgifter, forts.****Är MRT hjärna och spinalkanal utförd före 28 dagars ålder?** Nej Ja* Okänt

*Om Ja, när?

 prenatalt, före graviditetsvecka (gv) 26, prenatalt, gv 26 el senare, neonatalt, okänt**Förekomst av andra medfödda missbildningar och kromosomavvikelser (ej MMC)**Medfödda njur- och urinvägsanomalier Nej Ja OkäntGenetisk diagnos Nej Ja OkäntMedfödd skolios/kyfos Nej Ja OkäntNeonatala ledfelställningar Nej Ja* Okänt*Om ja, kräver ortopedisk behandling under första levnadsåret Nej Ja Okänt**Operationsuppgifter****Genomgått fetal operation av ryggmärgsbråck** Nej Ja* Okänt *Om Ja, ange ort.....**Genomgått operation för ryggmärgsbråck neonatalt** Nej Ja, i Sverige Ja, utomlands Okänt

(Uppgifter för genomförd primäroperation för ryggmärgsbråck registreras i Operationsformulär)

Genomgått hydrocefalus-operation neonatalt Nej Ja, i Sverige Ja, utomlands Okänt

(Uppgifter för genomförd hydrocefalus-operation registreras i Operationsformulär)