

# 4A. NERVSKADA

## Operationsformulär



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Operationsdatum (åååå-mm-dd): \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Skadedatum: \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Vet ej

### SKADA OCH OPERATION

**Handledsnivå** (kryssa i flera rutor vb)

- N. Medianus  
 N. Ulnaris  
 Både N. Medianus och N. Ulnaris

**Operationsmetod** (kryssa i fler rutor vb)

**Epineural fascikulär kombinerad sutur**  Nej  Ja:  
Ange ifall operationsmikroskop använts vid sutureringen:  Nej  Ja

**Fibrinklister**  Nej  Ja

**Nervtub**  Nej  Ja

**Annan metod**  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_

**Digitalnervskada** (kryssa i flera rutor vb)

**Radial Ulnar Båda**

**I** Grundfalang     
Ytterfalang

**Epineural fascikulär kombinerad sutur**  Nej  Ja:  
Ange ifall operationsmikroskop använts vid sutureringen:  Nej  Ja

**Fibrinklister**  Nej  Ja

**Nervtub**  Nej  Ja

**Annan metod**  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_

**II** Grundfalang     
Mellanfalang     
Ytterfalang

**Epineural fascikulär kombinerad sutur**  Nej  Ja:  
Ange ifall operationsmikroskop använts vid sutureringen:  Nej  Ja

**Fibrinklister**  Nej  Ja

**Nervtub**  Nej  Ja

**Annan metod**  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_

**III** Grundfalang     
Mellanfalang     
Ytterfalang

**Epineural fascikulär kombinerad sutur**  Nej  Ja:  
Ange ifall operationsmikroskop använts vid sutureringen:  Nej  Ja

**Fibrinklister**  Nej  Ja

**Nervtub**  Nej  Ja

**Annan metod**  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_

**IV** Grundfalang     
Mellanfalang     
Ytterfalang

**Epineural fascikulär kombinerad sutur**  Nej  Ja:  
Ange ifall operationsmikroskop använts vid sutureringen:  Nej  Ja

**Fibrinklister**  Nej  Ja

**Nervtub**  Nej  Ja

**Annan metod**  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_

**V** Grundfalang     
Mellanfalang     
Ytterfalang

**Epineural fascikulär kombinerad sutur**  Nej  Ja:  
Ange ifall operationsmikroskop använts vid sutureringen:  Nej  Ja

**Fibrinklister**  Nej  Ja

**Nervtub**  Nej  Ja

**Annan metod**  Nej  Ja, specificera: \_\_\_\_\_