

Plexusskada Födelse relaterad

B1 Primärkirurgi



Personnummer (ååååmmdd-nnnn):*

Namn _____

Operationsdatum* - -

Opererad sida: * Höger Vänster

Preoperativt:

Toronto test score: . (0.0-10.0 poäng)

MRT Nej Ja

Neurofysiologi Nej Ja

Annat Nej Ja, ange annat _____

Peroperativt:

A Skadebild

	Normal	Ruptur	Avulsion	Oklar
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. frenicus, nervstimulering: positiv negativ

B Rekonstruktion Nej Ja

1 Nervgraftning proximalt: Antal (0-7 st) Längd (0-20 cm)

C5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Th1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Nervgraftning distalt:

Antal (0-7 st.)

- N. suprascapularis
- Främre förgreningen, Truncus superior

Skadebild är den
sammantagna bilden av
MRT, klinisk undersökning
och peroperativa fynd.

Fortsätter på nästa sida

Plexusskada Födelse relaterad

B1 Primärkirurgi



- Bakre förgreningen, Truncus superior
- C5
- C6
- C7
- C8
- Th1
- Truncus inferior

3. Annat: Nej Ja, specificera _____

4. Nervtransferering: Nej Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

N. accessorius - N. suprascapularis Nej Ja

Intercostalnerver Nej Ja: Antal (0-5 st)

Koppling: N. musculocutaneus Nej Ja

Annat Nej Ja

Om Ja, ange annat _____

Nervtransferering enligt Oberlin Nej Ja

N. Ulnaris Nej Ja

N. medianus Nej Ja

Annat Nej Ja, specificera _____