

Plexusskada Födelse relaterad

B2 Sekundärkirurgi



Personnummer (ååååmmdd-nnnn):*

Namn _____

Operationsdatum (åååå-mm-dd):* - -

Opererad sida: * Höger Vänster

Har primär rekonstruktiv kirurgi utförts? Nej Ja

Axel: Nej Ja

Partiell coracoid excision Nej Ja

Subscapularis förlängning Nej Ja

Relocering Nej Ja

Rotationsosteotomi Nej Ja

Rotationsriktning: Inåt Utåt

Muskeltransferering för att förstärka utåtrotationen Nej Ja

M. latissimus dorsi Nej Ja

M. teres major Nej Ja

Nedre trapezius Nej Ja

Annan operation Nej Ja, specificera _____

Bakre stabilisering Nej Ja

Kapselplastik Nej Ja

Glenoid plastik Nej Ja

Osteotomi Nej Ja

Benstöd Nej Ja

Annan operation Nej Ja, specificera _____

Armbåge: Nej Ja

Muskeltransferering Nej Ja

Stjälkad Nej Ja

M. pectoralis minor Nej Ja

M. latissimus dorsi Nej Ja

Annan muskel Nej Ja, specificera _____

Fri Nej Ja, _____

Fortsätter på nästa sida

Plexusskada Födelse relaterad

B2 Sekundärkirurgi



| | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----------------------|
| Artrolys | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Caput radii resektion | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Annan operation | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |
| Underarm: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | |
| Biceps rerouting | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Pronerande radiusosteotomi | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Fusion | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |
| Annan | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |
| Handled/Hand: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | |
| Artrodes | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Handled | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| CMC-1 | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Annan | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |
| Sentransferering | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |
| Fri muskel | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |
| Annan | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | Ja, specificera _____ |