

# Plexusskada Traumatisk

## B1 Primärkirurgi



Personnummer\*

Namn \_\_\_\_\_

Operationsdatum\*     -   -

Opererad sida\*:  Höger  Vänster  Bilateralt

### Preoperativt:

MRT  Nej  Ja

Neurofysiologi  Nej  Ja

Skadebild: Den sammantagna bilden av MRT, klinisk undersökning och peroperativt

### Peroperativt:

#### A Skadebild

-N. frenicus Nervstimulering  Positiv  Negativ

-N. accessorius Nervstimulering  Positiv  Negativ

-Supraklavikulärt  Nej  Ja

	Normal	Neurom i kontinuitet	Ruptur	Avulsion	Oklar
C5	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Th1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Neurom i kontinuitet** =  
Partiellt skadad,  
graftning ej indicerat

**Ruptur** = Totalt skadad,  
graftning aktuell

Annat: \_\_\_\_\_

-Infraklavikulärt  Nej  Ja

	Normal	Neurom i kontinuitet	Ruptur	Oklar
Fasciculus lateralis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasciculus medialis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasciculus posterio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.axillaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. musculocutaneu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. medianus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. radialis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. ulnaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annat  Nej  Ja; \_\_\_\_\_

# Plexusskada Traumatisk

## B1 Primärkirurgi



B Rekonstruktion  Nej  Ja

### B1 Supraklavikulärt

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

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

Nervgraftning distalt:      Antal (0-7 st)

C5	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>
N. suprascapularis	<input type="checkbox"/>
Främre förgreningen Truncus superior	<input type="checkbox"/>
Bakre förgreningen Truncus superior	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>
Th1	<input type="checkbox"/>
Truncus inferior	<input type="checkbox"/>

Annat  Nej  Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

N. musculocutaneus  Nej  Ja

N. medianus  Nej  Ja

N. axillaris  Nej  Ja

Annat  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_

### B2 Infraklavikulärt:

Beskriv nervrekonstruktion i fri text \_\_\_\_\_

---

---

---

Fortsätter på nästa sida

# Plexusskada Traumatisk

## B1 Primärkirurgi



B3 Nervtransferering  Nej  Ja

N. accessorius – N. suprascapularis  Nej  Ja

Intercostaler  Nej  Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Antal  (0-5 st)

Koppling N. musculocutaneus  Nej  Ja

Annan  Nej  Ja

Nervtransferering enligt Oberlin  Nej  Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

N. ulnaris

N. ulnaris och N. medianus

Annat  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_