

# Plexusskada Traumatisk

## B2 Sekundärkirurgi



Personnummer (ååååmmdd-nnnn) \*

Namn \_\_\_\_\_

Operationsdatum\*     -   -

Opererad sida: \*  Höger  Vänster

Har primär rekonstruktiv kirurgi utförts:  Nej  Ja

**Axel**  Nej  Ja

Artrodes  Nej  Ja

Muskeltransferering för att förstärka utåttrotationen  Nej  Ja

M. latissimus dorsi  Nej  Ja

M. teres major  Nej  Ja

Nedre trapezius  Nej  Ja

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

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

**Armbåge**  Nej  Ja

Muskeltransferering  Nej  Ja

Stjätkad  Nej  Ja

M. pectoralis major  Nej  Ja

M. latissimus dorsi  Nej  Ja

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

Fri  Nej  Ja, \_\_\_\_\_

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

**Underarm**  Nej  Ja

Fritext: \_\_\_\_\_

**Handled/Hand**  Nej  Ja

Artrodes  Nej  Ja

Handled  Nej  Ja

CMC-1  Nej  Ja

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

Sentransferering  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_

Fri muskel  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_

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