

# 11A. Cerebral pares

## Utökat operationsformulär



Personnummer (ååååmmdd-nnnn):\*

Operationsdatum (datahämtnings)\*

Opererad hand (datahämtnings)\* Höger  Vänster  Bilateralt

Deltar i CPUP? Ja  Nej  Vet ej

### INDIKATION FÖR OPERATION (flera alternativ kan väljas)\*

- |                                |    |                          |     |                          |
|--------------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| A. Hygien / Smärta             | Ja | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> |
| B. Grovmotorik / positionering | Ja | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> |
| C. Aktiv handfunktion          | Ja | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> |
| D. Utseende på hand / arm      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> |

Specificera (fritext) \_\_\_\_\_

### UTFÖRD OPERATION (flera alternativ kan väljas)

#### Release (förlängning)

1. Axell / skuldra Ja  Nej

Specificera muskel (fritext) \_\_\_\_\_

2. Armbågsflexorer Ja  Nej

Om ja, ange metod och muskel (**BR, BB, B**) – flera alternativ kan väljas

Proximal release (ursprung) (fritext) \_\_\_\_\_

Intramuskulär (fritext) \_\_\_\_\_

Z-förlängning av sena (fritext) \_\_\_\_\_

Distal release (fäste) (fritext) \_\_\_\_\_

3. Pronator Ja  Nej

Om ja, ange muskel (**PT, PQ**) (fritext) \_\_\_\_\_

4. Handledsflexorer Ja  Nej

Om ja, ange metod och muskel (**FCU, FCR**) – flera alternativ kan väljas

Proximal release (ursprung) (fritext) \_\_\_\_\_

Intramuskulär (fritext) \_\_\_\_\_

Z-förlängning av sena (fritext) \_\_\_\_\_

Tenotomi (fritext) \_\_\_\_\_

# 11A. Cerebral pares

## Utökat operationsformulär

### 5. Fingerflexorer

Ja  Nej

Om ja, ange metod och muskel (**FDP2-5, FDS 2-5**) – flera alternativ kan väljas

Proximal release (ursprung) (fritext)\_\_\_\_\_

Intramuskulär (fritext)\_\_\_\_\_

Z-förlängning av sena (fritext)\_\_\_\_\_

Tenotomi (fritext)\_\_\_\_\_

### 6. Flexor pollicis longus

Ja  Nej

Om ja, ange metod

Proximal release (ursprung)

Intramuskulär

Z-förlängning av sena

Tenotomi

### 5. Tumadduktor

Ja  Nej

Om ja, ange metod

Proximal release (ursprung)

Distal release (fäste)

Annan metod (fritext) \_\_\_\_\_

### 6. Övriga intrinsics

Ja  Nej

Om ja, ange muskel (fritext)\_\_\_\_\_

## Sentransfer (ange muskel)

Från (endast ett alternativ)

FCU

FCR

ECU

BR

PL

Till (endast ett alternativ)

ERCB

EDC

APL

Annan: (fritext)\_\_\_\_\_

Annan sentransfer 1: **Från** (fritext)\_\_\_\_\_ **Till** (fritext)\_\_\_\_\_

Annan sentransfer 2: **Från** (fritext)\_\_\_\_\_ **Till** (fritext)\_\_\_\_\_

# 11A. Cerebral pares

## Utökat operationsformulär

### Rerouting (flera alternativ kan väljas)

Pronator teres Ja  Nej

Extensor pollicis longus Ja  Nej

Annan rerouting (ange muskel; fritext) \_\_\_\_\_

### Andra operationsmetoder (flera alternativ kan väljas)

Artrodes handled Ja  Nej

Prox carpalbensresektion Ja  Nej

Artrodes CMC 1 led Ja  Nej

Artrodes MCP 1-led Ja  Nej

Artrodes IP-led Ja  Nej

Artrodes PIP-led Ja  Nej

Svanhalsplastik Ja  Nej

Om ja, ange metod (fritext) \_\_\_\_\_

Annan mjukdelskirurgi (t ex tumvecksplastik) Ja  Nej

Om ja, ange metod (fritext) \_\_\_\_\_

Perifer selektiv neurotomi Ja  Nej

Om ja, ange nerv (fritext) \_\_\_\_\_

Samtidig botulinumtoxininjektion Ja  Nej

Om ja, ange muskler (fritext) \_\_\_\_\_ -

### POSTOPERATIV PLANERING

Uppföljning planeras med (flera alternativ kan väljas):

Måluppföljning Ja  Nej

Om ja, vilket instrument (fritext) \_\_\_\_\_ (t ex GAS, COPM)

Annat (fritext) \_\_\_\_\_