

11A. CEREBRAL PARES

Operationsformulär



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): *

OBS! "002 Grundformulär operation" måste registreras innan utökat formulär

Vid inmatning i 3C hämtas automatiskt följande variabler från "002 grundformulär operation": Operationsdatum, opererad sida, anestesiform samt operatörernas initialer.

Operationsdatum (datahämtning)*

Opererad sida/hand (datahämtning)* Vänster

Höger

Bilateralt

Deltar i CPUP?

 Ja Nej Vet ej

INDIKATION FÖR OPERATION (flera alternativ kan väljas)*

A. Hygien / Smärta Ja Nej

B. Grovmotorik / positionering Ja Nej

C. Aktiv handfunktion Ja Nej

D. Utseende på hand /arm Ja Nej

Specificera (fritext) _____

UTFÖRD OPERATION (flera alternativ kan väljas)

Release (förlängning)

1.Axel /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.Handledflexorer

 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

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

7. Tumadduktor

 Ja Nej

Om ja, ange metod

 Proximal release (ursprung) Distal release (fäste) Annan metod (fritext) _____

8. 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

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)

Arthrodes handled Ja Nej

Prox carpalbensresektion Ja Nej

Arthrodes CMC 1 led Ja Nej

Arthrodes MCP 1-led Ja Nej

Arthrodes IP-led Ja Nej

Arthrodes 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) _____