

# 13A1. PLEXUSSKADA FÖDSELRELATERAD

## Primärkirurgi



Personnummer (ååååmmdd-nnnn):\*

Operationsdatum\*

Opererad sida: \*  Höger  Vänster

### Preoperativt:

Toronto test score: . (0.0-10.0 poäng)

MRT  Nej  Ja

Neurofysiologi  Nej  Ja

Annat  Nej  Ja, ange annat \_\_\_\_\_

### Peroperativt:

#### A Skadebild

	Normal	Ruptur	Avulsion	Oklar
C5*	<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"/>
C7*	<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"/>
Th1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skadebild är den  
sammantagna bilden av  
MRT, klinisk undersökning  
och peroperativa fynd.

N. frenicus, nervstimulering: Positiv  negativ

B Rekonstruktion\*  Nej  Ja(Om ja måste alla variabler nedan fyllas i)

1 Nervgraftning proximalt: Antal (0-7 st) Längd (0,5-8 cm) halvtal

(Om ja ovan ange antal för samtliga nivåer)

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

# 13A1. PLEXUSSKADA FÖDSELRELATERAD

## Primärkirurgi



### 2. Nervgraftning distalt: (Om ja för rekonstruktion ovan, ange antal för samtliga nivåer)

	Antal (0-7 st.)
N. suprascapularis*	<input type="checkbox"/>
Främre förgreningen, Truncus superior*	<input type="checkbox"/>
Bakre förgreningen, Truncus superior*	<input type="checkbox"/>
C5*	<input type="checkbox"/>
C6*	<input type="checkbox"/>
C7*	<input type="checkbox"/>
C8*	<input type="checkbox"/>
Th1*	<input type="checkbox"/>
Truncus inferior*	<input type="checkbox"/>

3. Annat: \*  Nej  Ja, specificera \_\_\_\_\_

### 4. Nervtransferering: \* Nej Ja (Om Ja, ange nedanstående uppgifter)

N. accessorius - N. suprascapularis \*  Nej  Ja

Nervtransferering enligt Somsak\*  Nej  Ja

Intercostalnerver\*  Nej  Ja: Antal (0-5 st) \*

Koppling: N. musculocutaneus\*  Nej  Ja

Annat \*  Nej  Ja

Om Ja, ange annat \_\_\_\_\_

Nervtransferering enligt Oberlin\*  Nej  Ja

N. Ulnaris\*  Nej  Ja

N. medianus \*  Nej  Ja

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

Huvudoperatörens initialer: \*

Assistentens initialer: