

14A2. Plexusskada Traumatisk Sekundärkirurgi



Personnummer (ååååmmdd-nnnn) *

Operationsdatum* - -

Opererad sida: * Höger Vänster

Har primär rekonstruktiv kirurgi utförts: Nej Ja

Har tidigare sekundär rekonstruktiv kirurgi utförts Nej Ja

Axel/överarm * Nej Ja (om ja fyll i variablerna nedan)

Artrodes* Nej Ja

Muskeltransferering för att förstärka utåttrotationen Nej Ja

M. latissimus dorsi* Nej Ja

M. teres major* Nej Ja

Nedre trapezius* Nej Ja

Annan muskel* Nej Ja, specificera _____

Annan operation* Nej Ja, specificera _____

Armbåge* Nej Ja (om ja fyll i variablerna nedan)

Muskeltransferering* Nej Ja

Stjätkad* Nej Ja

M. pectoralis major* Nej Ja

M. latissimus dorsi* Nej Ja

Annan muskel* Nej Ja, specificera _____

Fri* Nej Ja specificera _____

Annan operation * Nej Ja, specificera _____

Underarm* Nej Ja

Fritext: _____

Handled/Hand* Nej Ja (om ja fyll i variablerna nedan)

Artrodes* Nej Ja

Handled* Nej Ja

CMC-1* Nej Ja

Annan* Nej Ja, specificera _____

Sentransferering* Nej Ja, specificera _____

Fri muskel* Nej Ja, specificera _____

Annan operation* Nej Ja, specificera _____

Huvudoperatörens initialer: * Assistentens initialer: