

# 14A1. PLEXUSSKADA TRAUMATISK

## Primärkirurgi



Personnummer\*

Operationsdatum\*     -   -

Opererad sida\*:  Höger  Vänster

### Preoperativt:

MRT\*  Nej  Ja

Neurofysiologi\*  Nej  Ja

Skadebild: Den sammantagna bilden av MRT, klinisk undersökning och peroperativt

### Peroperativt:

#### A Skadebild

-N. frenicus Nervstimulering  Positiv  Negativ

-N. accessorius Nervstimulering  Positiv  Negativ

-Supraklavikulärt  Nej  Ja (Om ja måste alla variabler nedan fyllas i)

**Neurom i kontinuitet =**  
Partiellt skadad,  
graftning ej indicerat

**Ruptur = Totalt skadad,**  
graftning aktuell

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

Annat: \_\_\_\_\_

-Infraklavikulärt  Nej  Ja (Om ja måste alla variabler nedan fyllas i)

	Normal	Neurom i kontinuitet	Ruptur	Oklar
Fasciculus lateralis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasciculus medialis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasciculus posterior*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.axillaris*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. musculocutaneus*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. medianus*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. radialis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. ulnaris*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Annat  Nej  Ja; \_\_\_\_\_

# 14A1. PLEXUSSKADA TRAUMATISK

## Primärkirurgi



**B Rekonstruktion\***     Nej     Ja

**B1 Supraklavikulärt \***     Nej     Ja (Om ja måste alla variabler nedan fyllas i)

Nervgraftning proximalt: Antal(0-7 st)

Längd (0-20 cm)

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

Nervgraftning distalt:

Antal (0-7 st)

C5*	<input type="checkbox"/>
C6*	<input type="checkbox"/>
N. suprascapularis*	<input type="checkbox"/>
Främre förgreningen Truncus superior*	<input type="checkbox"/>
Bakre föregreningen Truncus superior*	<input type="checkbox"/>
C7*	<input type="checkbox"/>
C8*	<input type="checkbox"/>
Th1*	<input type="checkbox"/>
Truncus inferior*	<input type="checkbox"/>

Annat     Nej     Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

N. musculocutaneus     Nej     Ja

N. medianus     Nej     Ja

N. axillaris     Nej     Ja

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

**B2 Infraklavikulärt: \***     Nej     Ja

Beskriv nervrekonstruktion i fri text \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 14A1. PLEXUSSKADA TRAUMATISK

## Primärkirurgi

HAKIR  
HANDKIRURGISKT  
KVALITETSREGISTER



**B3 Nervtransferering\***  Nej  Ja (Om ja måste alla variabler nedan fyllas i?)

N. accessorius – N. suprascapularis\*  Nej  Ja

Nervtransferering enligt Somsak\*  Nej  Ja

Intercostaler\*  Nej  Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

Antal\*  (0-5 st)

Koppling N. musculocutaneus\*  Nej  Ja

Annan\*  Nej  Ja

Nervtransferering enligt Oberlin\*  Nej  Ja

Om Ja, ange nedanstående uppgifter

N. ulnaris\*

N. ulnaris och N. medianus\*

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

Huvudoperatörens initialer: \*|\_|\_|\_|\_|

Assistentens initialer: |\_|\_|\_|\_|