



13A1. PLEXUSSKADA FÖDELSELRELATERAD

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 FÖDELSELRELATERAD

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: