

13A2. PLEXUSSKADA FÖDELSELRELATERAD

Sekundärkirurgi

Personnummer (ååååmmdd-nnnn):*

Operationsdatum (åååå-mm-dd):*

Opererad sida: * Höger Vänster

Har primär rekonstruktiv kirurgi utförts? Nej Ja

Har tidigare sekundär rekonstruktiv kirurgi utförts Nej Ja

Axel: * Nej Ja (om ja fyll i alla relaterade variabler nedan)

Partiell coracoid excision * Nej Ja

Subscapularis förlängning* Nej Ja

Relocering* Nej Ja

Rotationsosteotomi* Nej Ja

Rotationsriktning: * Inåt Utåt

Muskeltransferering för att förstärka utåttrotationen * Nej Ja

M. latissimus dorsi * Nej Ja

M. teres major* Nej Ja

Nedre trapezius* Nej Ja

Annan operation * Nej Ja, specificera _____

Bakre stabilisering * Nej Ja

Kapselplastik* Nej Ja

Glenoid plastik* Nej Ja

Osteotomi* Nej Ja

Benstöd* Nej Ja

Annan operation * Nej Ja, specificera _____

Armbåge: * Nej Ja(om ja fyll i alla relaterade variabler nedan)

Muskeltransferering* Nej Ja

Stjälkad * Nej Ja

M. pectoralis minor * Nej Ja

M. latissimus dorsi * Nej Ja

Annan muskel * Nej Ja, specificera _____

13A2. PLEXUSSKADA FÖDELSELRELATERAD

Sekundärkirurgi

Fri * Nej Ja, specificera _____

Artrolys* Nej Ja

Caput radii resektion* Nej Ja

Annan operation* Nej Ja, specificera _____

Underarm: * Nej Ja (om ja fyll i alla relaterade variabler nedan)

Biceps rerouting* Nej Ja

Pronerande radiusosteotomi* Nej Ja

Fusion* Nej Ja, specificera _____

Annan * Nej Ja, specificera _____

Handled/Hand: * Nej Ja (om ja fyll i alla relaterade variabler 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* Nej Ja, specificera _____

Huvudoperatörens initialer: * | | | | Assistentens initialer: | | | |