|  |
| --- |
| **CI Reoperation** **Inklusionskriterier** Barn som tidigare har CI-opererats och som reopererats. Ålder 0-18 år (<19år) Barnet har ett permanent personnummer.Detta formulär fylls i av läkare på den ort i Sverige där barnet genomgått reoperation efter tidigare CI-operation. Formuläret ”CI primäroperation” måste vara ifyllt innan detta formulär fylls i.I det här formuläret är alla frågor obligatoriska. Det betyder att alla frågor måste besvaras för att det ska gå att spara registreringen digitalt. |

**Patientens namn:** ­­­­­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personnummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primär operationsort:**

□ **Göteborg** □ **Linköping**  □ **Lund**  □ **Stockholm** □ **Uppsala**

**Datum för reoperation:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opererad sida:**  □ **Höger** □ **Vänster**

**Orsak till reoperation?**

□ **Implantathaveri** Tekniskt fel. Implantatet har slutat fungera.

□ **Trauma** Implantatet har slutat fungera efter trauma.

□ **Infektion** Implantatet behöver tas ut på grund av pågående infektion runt implantatet.

□ **Implantation efter tidigare explantation** Ett implantat har tidigare tagits ut på grund av till exempel infektion och nu sätts ett nytt implantat in.

□ **Explantation vald av patienten** Patienten har önskat få implantatet uttaget.

□ **Annat** Vilken annan orsak? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CI-fabrikat som sätts in** □ **Advanced Bionics**  □ **Cochlear**  □ **MedEl**

 □ **Oticon**  □ **Övrigt** □ **Inget implantat**

**Uppstod komplikationer peroperativt och/eller postoperativt inom en vecka?**

□ **Ja** □ **Nej**

□ **Gusher** Uttalat likvorläckage vid operation.

□ **Hud eller implantatsnära infektioner** Sårinfektion som kräver antibiotikabehandling.

□ **Facialispåverkan/pares** Barnet har en postoperativ påverkan på facialisnerven som kan vara övergående.

□ **Uttalad yrsel** Uttalad yrsel med balanspåverkan och/eller illamående och/eller kräkning.

□ **Meningit** Meningit postoperativt.

□ **Annan komplikation** Till exempel urinvägsinfektion, blödning, brännskada m.m.

 Vilken typ av annan komplikation? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_