|  |
| --- |
| **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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_