

Fylls i av vårdgivare i samband med operation

Obligatoriska uppgifter är markerade med *

CI kontralateral komplettering (CI-2)

Version 20220325

Patientens namn:

Patientens personnummer:*

OPERATIONSDATA:

Datum för kontralateral kompletteringsoperation:* _____

Operationsort:*

Göteborg

Linköping

Lund

Stockholm

Umeå

Uppsala

Örebro

Operationen utförd i:*

Dagkirurgi

Slutenvård

Huvudindikation till kompletteringsoperation:*

Hörselnedsättning

Tinnitus

Samverkande funktionsnedsättning;

Här anges samverkande funktionsnedsättning som påverkar att beslut om CI tas, öppen fråga för vilken funktionsnedsättning

Opererad sida:*

Höger

Vänster

CI-fabrikat och implantatmodell, kompletteringsoperation:*

Modell:

Advanced Bionics

Cochlear

MED-EL

Oticon Medical

Annat

Elektrodinsättningsteknik:

Runda fönsterinsättning (RW)

Utvidgad runda fönsterinsättning (ERW)

Cochleostomi

Annan

Är örat tidigare opererat (inkluderar inte rör):

- Ja Stapeskirurgi Myringoplastik Ossikuloplastik
 Kolesteatom Annan
- Nej
- Vet ej

Är peroperativ testning utförd:

- Ja CI-impedansmätning
 eSRT (electrically evoked stapedius reflex threshold)
 eCAP (electrically evoked compound action potential)
 eABR (electrically evoked auditory brainstem response)
- Nej

Avvikande/oväntat fynd eller operationsförlopp

Avvikande/oväntat fynd eller operationsförlopp under operationen, i operationsområdet:

- Ja, ange: _____
- Nej

Är peroperativ facialisnervmonitorering utförd?

- Ja Nej

Om ja; Vilken/vilka

- Slätröntgen
 Skiktröntgen (datortomografi, CT)
 Cone-beam-CT
 Annan

Är per- eller direkt postoperativ bilddiagnostik utförd?

- Ja Nej

Har patienten fått systemisk antibiotika pre- eller peroperativt?

- Ja Nej

Har patienten ordinerats systemisk antibiotika postoperativt, före hemgång?

- Ja Nej

REMISS OCH BESLUT:

Ankomstdatum för remiss till opererande CI-team: _____

Remitterande region:* _____

Datum för beslut om kontralateral kompletteringsoperation:* _____

HJÄLPMEDEL:

Använda hjälpmedel:

Höger

- Luftledd hörapparat
- Benledd hörapparat/implantat
- CI med enbart elektrisk stimulering
- CI med CROS
- CI med elektroakustisk stimulering
- Inget hörhjälpmedel

Vänster

- Luftledd hörapparat
- Benledd hörapparat/implantat
- CI med enbart elektrisk stimulering
- CI med CROS
- CI med elektroakustisk stimulering
- Inget hörhjälpmedel

PRIMÄROPERERAD:

Var är patienten primärt CI-opererad:*

- Vid denna enhet Vid annan enhet i Sverige Utomlands

AUDIOGRAMDATA:

Tonrösklar i dB HL för luftledning mätt UTAN hjälpmedel med hörtelefon alt. instickstelefon inför CI-operation. Om ej mätbar luftledningsfrekvens, ange 130 dB HL.

Datum: _____ Ej testat höger Ej testat vänster

Frekvens 250 500* 1000* 2000* 3000 4000* 6000 8000
[Hz]

Höger								
Vänster								

Datum: _____ Ej testat höger Ej testat vänster

Tontrösklar i dB HL för luftledning mätt MED hjälpmedel i ljudfält inför CI-operation.

Om ej mätbar luftledningsfrekvens, ange 130 dB HL.

Frekvens [Hz]	250	500*	1000*	2000*	3000	4000*	6000	8000
Höger								
Vänster								
Binauralt								

Maximal taluppfattning i tyst med hörapparater (FB, tal presenterat vid 65 dB SPL, ljudfält) inför CI-operation, anges i %:*

Höger:

Vänster:

Binauralt:

Ej testat höger

Ej testat vänster

Ej testat Binauralt

Ange varför: _____ Annat talmaterial använt

Maximal taluppfattning i brus med hörapparater (FB+4dB, tal presenterat vid 65 dB SPL, ljudfält) inför CI-operation, anges i %:*

Höger:

Vänster:

Binauralt:

Ej testat höger

Ej testat vänster

Ej testat Binauralt

Ange varför: _____ Annat talmaterial använt

UNDERSÖKNINGAR INFÖR CI-OPERATION:

Har vestibulär utredning genomförts inför aktuell CI-operation?*

Nej

Ja, med vHIT

Ja, med VNG

Ja, med VEMP

Ja, annat test

Visar utredningen nedsatt vestibulär funktion?*

Nej

Ja, höger

Ja, vänster

Ja, bilateralt

Fanns vid CI-operationen någon av nedanstående funktionsnedsättningar/sjukdomar diagnostiserad:*

Nej

Ja

Grav synnedsättning (får stöd från syncentral)

Utslagen bilateral perifer vestibulär funktion

Signifikant nedsatt motorik

Svårare sjukdom som bedömts kunna påverka CI-operation och
habilitering/rehabilitering

Demenssjukdom

Intellektuell funktionsnedsättning

Autism

ADHD