



CI primär operation

Version 20220325

Fylls i av vårdgivare i samband med operation.
Obligatoriska uppgifter är markerade med *

Patientens namn:

Patientens personnummer:*

OPERATIONSDATA:

Operationsdatum:*

Operationsort:*

Göteborg

Linköping

Lund

Stockholm

Umeå

Uppsala

Örebro

Operation genomförd i:*

Dagkirurgi

Slutenvård

Huvudindikation till
primäroperation:*

Hörselnedsättning

Tinnitus

Samverkande funktionsnedsättning, vilken _____

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

Opererad sida:*

Höger

Vänster

Bilateralt

CI-fabrikat och/med implantatmodell, **HÖGER:**

Advanced Bionics

Cochlear

MED-EL

Oticon Medical

Annat

Modell:

CI-fabrikat och/med implantatmodell, VÄNSTER:

- Advanced Bionics
- Cochlear
- MED-EL
- Oticon Medical
- Annat

Modell:

Elektrodinsättningsteknik:

- Runda fönsterinsättning (RW)
- Cochleostomi
- Utvidgad runda fönsterinsättning (ERW)
- Annan

Är örat tidigare opererat (inkluderar inte rör):

- Ja
- Stapeskirurgi
- Myringoplastik
- Ossikuloplastik
- Kolestatom
- 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

Är per- eller direkt postoperativ bilddiagnostik utförd?

- Ja Nej

Om ja; Vilken/vilka

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

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 operation:*

HJÄLPMEDEL:

Huvudspråk:*

- Talspråk
 Teckenspråk

Om talspråk, vilket:*

- Svenska
 Annat språk, vilket: _____

Använda hörhjälpmedel:*

Höger:

- Luftledd hörapparat
 CROS-utrustning
 Benledd hörapparat/implantat
 Inget hjälpmedel

Vänster:

- Luftledd hörapparat
 CROS-utrustning
 Benledd hörapparat/implantat
 Inget hjälpmedel

AUDIOGRAMDATA:

Debut av hörselnedsättning:*

- Debut < 3 års ålder Debut ≥ 3 års ålder Okänt

Hur länge har patienten haft TMV4 > 70 dB HL på bästa örat, eller taluppfattning <50% på bästa örat enligt audiogram (mätt med hörtelefon alt. instickstelefon)*

- <5 år 5-10 år > 10 år

- Har TMV4 bättre än ovanstående definition

Tontrösklar 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 [Hz]	250	500*	1000*	2000*	3000	4000*	6000	8000
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 patienten ANSD?

- Nej Ja, höger Ja, vänster Ja, bilateralt Föreligger ingen misstanke

Har vestibulär utredning genomförts inför aktuell CI-operation?*

- Nej Ja, med VNG Ja, med VEMP
 Ja, med vHIT Ja, annat test

Visar utredningen nedsatt vestibulär funktion?

- Nej Ja, höger Ja, vänster Ja, bilateralt

Var hörselnedsättningens huvudsakliga orsak fastställd vid tiden för CI-operation:*

- Nej

- Ja

Laboratoriefastställd diagnos, genetisk hörselnedsättning

- Connexin 26 DFNB1
 Pendred DFNB4
 Usher, ange DFN-kod _____
 Otokleros, ange DFN-kod _____
 Annan, ange DFN-kod _____

Kliniskt ställd diagnos

- Otokleros
 Pendred
 Usher
 Ménières sjukdom
 Meningit
 Uttalad bullerskada
 Autoimmun inneröresjukdom
 Skalltrauma
 Kronisk otit
 Ototoxiskt läkemedel
 Kongenital CMV-infektion
 Plötslig hörselnedsättning
 Annan orsak, ange vilken: _____

Neuroradiologisk undersökning*

DT DT Ej utfört MRT MRT Ej utfört

Har förändringar tydande på öronmissbildning eller temporalbenssjukdom identifierats vid DT/MRT? Flera alternativ kan anges:*

Hö Vä

Hö Vä

Nej

Incomplete partition-I

Vid vestibular akvedukt

Incomplete partition-II

Otokleros

Incomplete partition-III

Pagets sjukdom

Hörselnervshypoplasia/avsaknad av hörselnerv/uttalad hörselnervskada

Osteogenesis imperfecta

Annan: _____

Cochlear hypoplasia

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 bedömt kunna påverka utfallet av CI-operation och habilitering/rehabilitering

Demenssjukdom

Intellektuell funktionsnedsättning

Autism

ADHD