

CI re-implantation

Version 20220325

Fylls i av vårdgivare direkt efter operation
Obligatoriska uppgifter är markerade med *

Patientens namn:

Patientens personnummer:*

OPERATIONSDATA:

Re-implantationsdatum:*

Operationsort:*

Göteborg

Lund

Linköping

Stockholm

Umeå

Uppsala

Örebro

Operation genomförd i:*

Dagkirurgi

Slutenvård

Re-implanterad sida:*

Höger

Vänster

Bilateralt

CI-fabrikat och/med implantatmodell, re-implantation höger:

Modell:

Advanced Bionics

Cochlear

MED-EL

Oticon Medical

Annat

CI-fabrikat och/med implantatmodell, re-implantation vänster:

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 re-implantation:*

HJÄLPMEDEL:

Använda hörhjälpmedel:

Höger:

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

Vänster:

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

PRIMÄROPERERAD:

Var är patienten primärt CI-opererad:*

- Vid denna enhet
- Vid annan enhet i Sverige
- Utomlands

Orsak till re-implantation:*

- Akut implantathaveri
- Successivt implantathaveri
- Infektion
- Trauma
- Implantation efter tidigare explantation
- Annan orsak: _____

AUDIOGRAMDATA:

Maximal taluppfattning i tyst med hjälpmedel (FB, tal presenterat vid 65 dB SPL, ljudfält) inför re-implantation, anges i %:*

Höger:

Vänster:

Binauralt:

Ej testat höger

Ej testat vänster

Ej testat binauralt

Ange varför: _____ Annat talmaterial använt

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

Höger:

Vänster:

Binauralt:

Ej testat höger

Ej testat vänster

Ej testat binauralt

Ange varför: _____ Annat talmaterial använt