



## CI kontralateral komplettering (CI-2)

Version 20210318

Fylls i av vårdgivare direkt efter operation

Obligatoriska uppgifter är markerade med \*

 Patientens namn:
 

 Patientens personnummer:\*
 

Operationsort för CI-2:\*

 Göteborg Linköping Lund Stockholm Umeå Uppsala Örebro

Var är patienten primärt CI-opererad:\*

 Vid denna enhet Vid annan enhet i Sverige Utomlands
 Ankomstdatum för remiss  
 till opererande CI-team:
 

 Remitterande region:\*
 

 Datum för beslut om kontralateral kompletteringsoperation:
 

 Datum för kontralateral kompletteringsoperation:\*
 

Kontraletral kompletteringsoperation genomförd 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

Kompletteringsopererad sida:\*

 Höger Vänster



Registret för grav  
hörselnedsättning hos vuxna

CI-fabrikat och implantatmodell, kompletteringsoperation:\*

Modell:

Advanced Bionics

Cochlear

MED-EL

Oticon Medical

Annat

Tontrösklar i dB HL för luftledning mätt UTAN hjälpmedel med hörtelefon alt. instickstelefon inför CI-operation

Frekvens [Hz]      125      250      500\*      1000\*      2000\*      3000      4000\*      6000      8000

Höger	125	250	500*	1000*	2000*	3000	4000*	6000	8000
Höger									
Vänster									

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

Frekvens [Hz]      125      250      500\*      1000\*      2000\*      3000      4000\*      6000      8000

Höger	125	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, ange skäl: \_\_\_\_\_

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



Registret för grav  
hörselnedsättning hos vuxna

---

**Har vestibulär utredning genomförts?\***

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

**Visar utredningen nedsatt vestibulär funktion?\***

- Nej  Ja, höger  Ja, vänster
- 

**Vid datum för CI kontralateral kompletteringsoperation, har någon av nedanstående funktionsnedsättningar/sjukdomar diagnostiserats sedan primäroperationen:\***

- Nej  
 Ja  Grav synnedsättning (får stöd från syncentral)  
 Utslagen bilateral perifer vestibulär funktion  
 Signifikant nedsatt motorik  
 Allvarlig sjukdom som krävt sjukhusvård eller sjukskrivning  
 Demenssjukdom  
 Intellektuell funktionsnedsättning  
 Autism  
 ADHD
-