

Behandlingscentrum:

Personnummer	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(ååååmmdd-nnnn)		
Efternamn:		Förnamn:		
	(Var god texta tydligt)			(Var god texta tydligt)		
Operationsdatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(åååå-mm-dd)

Läppoperation	<input type="checkbox"/> Inte utförd	<input type="checkbox"/> Primär kirurgi	<input type="checkbox"/> Sekundär kirurgi
Operationskod			
EAB00	Läppadaption	<input type="checkbox"/>	
EAB30	Läppplastik	<input type="checkbox"/>	
EAW99	Annan operation på läpp	<input type="checkbox"/>	

Operation av hård och mjuk gom	<input type="checkbox"/> Inte utförd	<input type="checkbox"/> Primär kirurgi	<input type="checkbox"/> Sekundär kirurgi
Operationskod			
EHC10	Fistelslutning	<input type="checkbox"/>	
EHC30	Slutning av hård och mjuk gom	<input type="checkbox"/>	
EHC31	Slutning av hård gom	<input type="checkbox"/>	
EHC32	Slutning av mjuk gom	<input type="checkbox"/>	
EHC45	Sekundär rekonstruktion av gom	<input type="checkbox"/>	
EHC50	Svalglambå	<input type="checkbox"/>	
ENC30	Plastikoperation av farynx	<input type="checkbox"/>	
EHC99+ZZR45	Buccallambå	<input type="checkbox"/>	

Näsoperation	<input type="checkbox"/> Inte utförd	<input type="checkbox"/> Primär kirurgi	<input type="checkbox"/> Sekundär kirurgi
Operationskod			
DJD20	Plastikoperation av nässeptum	<input type="checkbox"/>	
DLD00	Korrektionsplastik av näsans broskskelett	<input type="checkbox"/>	
DLD10	Korrektionsplastik av näsans brosk- och benskelett	<input type="checkbox"/>	
DLD20	Yttre näsplastik	<input type="checkbox"/>	
DLW99	V till Y plastik	<input type="checkbox"/>	

Käkoperation Inte utförd Primär kirurgi Sekundär kirurgi**Operation code**

EBA10	Operativ extraction av tand	<input type="checkbox"/>
ECB05	Slemhinneplastik	<input type="checkbox"/>
ECB15	Plastikoperation av oronasal fistel	<input type="checkbox"/>
EEC05	Lefort I osteotomi	<input type="checkbox"/>
EEC40	Distraktion av maxilla	<input type="checkbox"/>
ECB50	Alveolarutskottsplastik med bentransplantat	<input type="checkbox"/>
EEW99	Vomer osteotomi	<input type="checkbox"/>

Operation**Knivtid** (från första incision till sista sutur)**Start kl:** : (tt:mm)**Slut kl:** : (tt:mm)**Kommentar från kirurg** Nej Ja:

Specificera (var god texta tydligt)

Vårdtid**Inskrivningsdatum** - - (åååå-mm-dd)**Utskrivningsdatum** - - (åååå-mm-dd)**Komplikationer** (inom 48 timmar) Nej Ja, specificera nedan**Blödning** Nej Ja**Infektion** Nej Ja**Ruptur** Nej Ja**Antibiotika** Nej Ja