

Skjema for postop og 6-ukerskontroll

Se Håndbok for utfylling av variabler i SOReg-N for forklaringer av variablene

Utskrivingsdato		
Har pasienten utgått fra registeret?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hvis ja, er pasienten død?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hvis pasienten er død:	Dødsdato:	Dødsårsak: <input type="checkbox"/> Infeksjonssykdom ICD A+B, <input type="checkbox"/> Kreftsykdom ICD C <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdom ICD I <input type="checkbox"/> Lungesykdom ICD J <input type="checkbox"/> Ulykke og selvmord ICD S-Y <input type="checkbox"/> Øvrige ICD koder <input type="checkbox"/> Ukjent dødsårsak
Annen årsak til at pasienten er utgått fra registeret	<input type="checkbox"/> Ønsker ikke å delta	<input type="checkbox"/> Andre årsaker
Har pasienten blitt reinnlagt på sykehus dag 0-30 postoperativt?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Substitusjon		
Ordinert substitusjon	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hvis ja	Multivitamin med eller uten jern	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	B12	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Folsyre	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	D-vit+Ca	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Oralt jern	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Parenteralt jern	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Komplett substitusjonspreparat	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Profylakse		
Ordinert profylakse med PPI	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Profylakse med Ursofalk	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Type 6-ukerskontroll		
Type oppfølging	<input type="checkbox"/> Fremmøte <input type="checkbox"/> Per telefon eller via nettmøte <input type="checkbox"/> Per brev/mail eller annen skriftlig kontakt. <input type="checkbox"/> Ingen kontakt med pasienten tross gjentatte forsøk <input type="checkbox"/> Intet forsøk har vært gjort for å følge opp pasienten.	
Oppfølgingsdato		
Operasjoner		
Er pasienten operert dag 0-30 postoperativt eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
	Er en revisjonsoperasjon utført eller planlagt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

	Operert for lekkasje	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Operert for abscess?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Operert for blødning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Operert for ileus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Operasjon for annen komplikasjon eller mistanke om komplikasjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Hvilken operasjon for annen komplikasjon?	
	Annen operasjon dag 0-30 postoperativt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Kolecystektomi <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Gynekologisk operasjon <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Plastikkirurgisk operasjon <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Annen operasjon <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Hvilken annen operasjon?
Har slitsene blitt korrigert ved noen av de registrerte operasjonene?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja:	Sutur av EA-slitsen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Sutur av Petersens slits?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Sutur av mesoslitsen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Annet slitstiltak, for eksempel komplettering etter tidligere lukking?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Vurdering av tarm ved operasjon	1 Ingen tarm i slits, ingen ileustegn <input type="checkbox"/> 2 Tarm i slits, ingen ileustegn <input type="checkbox"/> 3 Ingen tarm i slits, med ileustegn <input type="checkbox"/> 4 Tarm i slits, med ileustegn <input type="checkbox"/>
Komplikasjon		
Postoperativ komplikasjon dag 0-30		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja:		Lekkasje <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Stent <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Drenasje/skyll og lignende <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Suturering/stifting og lignende <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Utkobling <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Lekkasjens lokalisasjon <input type="checkbox"/> Prox. Ventrikkel/øsofagus <input type="checkbox"/> Distale eller midtre ventrikkel <input type="checkbox"/> Gastro-entero eller duodeno-enteroanastomose <input type="checkbox"/> Tynntarm <input type="checkbox"/> Entero-enteroanastomose <input type="checkbox"/> Multiple lokalisasjoner <input type="checkbox"/> Annen eller ukjent lokalisasjon

	Blødning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Abscess/dyp infeksjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Sårruptur	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Sårkomplikasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Ileus/langvarig tarmlammelse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Hvilken type ileusoperasjon? <input type="checkbox"/> Åpen operasjon <input type="checkbox"/> Laparoskopisk operasjon
		Tynntarmsreseksjon <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Under 1 meter reseksjon. <input type="checkbox"/> Over 1 meter reseksjon, men mer enn 1,5 meter igjen. <input type="checkbox"/> Mindre enn 1,5 meter tynntarm igjen.
		Ileusmekanisme <input type="checkbox"/> EA slitsen <input type="checkbox"/> Petersens rom <input type="checkbox"/> Adheranse <input type="checkbox"/> Mesoslitsen <input type="checkbox"/> Langvarig paralyse <input type="checkbox"/> Invaginasjon <input type="checkbox"/> Knekkdannelse <input type="checkbox"/> Mat/fremmedlegeme <input type="checkbox"/> Multiple årsaker <input type="checkbox"/> Annen/ukjent
	Bandrelatert komplikasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Portrelatert komplikasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Striktur	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Dilatasjon <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvor mange ganger dilatert? ganger
	Stomalt ulcus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Kardiovaskulær komplikasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	DVT/Lungeemboli	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Pulmonell komplikasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Annen komplikasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvilken annen komplikasjon?

	Alvorlighetsgrad komplikasjon <input type="checkbox"/> Grad I: Ingen signifikante tiltak <input type="checkbox"/> Grad II: Signifikante farmakologiske tiltak. Inkluderer også blodtransfusjon. <input type="checkbox"/> Grad III-a: Signifikant intervensjon under lokalbedøvelse. <input type="checkbox"/> Grad III-b: Signifikant intervensjon i narkose. <input type="checkbox"/> Grad IV-a: Intensivbehandling med ett sviktende organ. <input type="checkbox"/> Grad IV- b: Intensivbehandling med mer enn ett sviktende organ. <input type="checkbox"/> Grad V: Mors	
Antropometri		
Høyde		cm
Vekt		Kg
Midjemål		cm
Oppfølging		
Hvor planlegges neste kontroll?	<input type="checkbox"/> Dette sykehuset	<input type="checkbox"/> Annet sykehus Hvilket annet sykehus?