

## Skjema for operasjon Single Anastomosis Sleeve Ileal bypass (SASI) og SASI steg2

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

Operasjonsdata			
Operasjonsdato			
Preoperativ vektskole	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Preoperativt vekttapsprogram	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Vekt ved operasjon	Kg		
Gastroskopi			
Har gastroskopi blitt utført?	Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, se eget skjema	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men svar kan ikke innhentes <input type="checkbox"/>
Tidligere kirurgi			
Tidligere kolecystektomert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Tidligere antirefluxkirurgi?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Tidligere fedmeoperasjon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Hvis ja:	Hvilken tidligere fedmeoperasjon?	Årstall for tidligere fedmeoperasjon?	
Aktuell operasjonsindikasjon (bare hvis tidligere fedmeoperert)			
Aktuell operasjonsindikasjon nå?	Primæroperasjon steg 2 <input type="checkbox"/> For høy vekt <input type="checkbox"/> Øsofagussykdom <input type="checkbox"/> Oppkast <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Malnutrisjon <input type="checkbox"/> Infeksjonskomplikasjon <input type="checkbox"/> Tidligere avbrutt operasjon <input type="checkbox"/> Annen aktuell operasjonsindikasjon <input type="checkbox"/> Hvilken annen operasjonsindikasjon (spesifiser):		
Kirurgisk tilgang			
Kirurgisk tilgang	Laparoskopisk <input type="checkbox"/> Åpen <input type="checkbox"/> Konvertert <input type="checkbox"/> Endoluminal <input type="checkbox"/>		
Hvis konvertert; årsak?	Blødning <input type="checkbox"/> Stor lever <input type="checkbox"/> Kort meso <input type="checkbox"/> Problem med porter <input type="checkbox"/> Adheranser <input type="checkbox"/> Problem med instrument <input type="checkbox"/> Konvertert pga annen årsak (spesifiser):		
Single Anastomosis Sleeve Ileal Bypass (SASI)			
Bougie størrelse	French		
Hvor langt fra pylorus begynner reseksjonen?	cm		
Første magasintype:	stk	Stiftehøyde: Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/> Annet	
Andre magasintype:	stk	Stiftehøyde: Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/> Annet	
Tredje magasintype	stk	Stiftehøyde: Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/> Annet	
Fjerde magasintype	stk	Stiftehøyde: Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/> Annet	
Har stifteraden blitt forsterket?	Nei <input type="checkbox"/> Ja, deler av stifteraden <input type="checkbox"/> Ja, hele stifteraden <input type="checkbox"/>		

<b>Hvis ja, hvordan ?</b>	Vanlig sutur (over and over) <input type="checkbox"/> Invaginerende sutur <input type="checkbox"/> Kombinasjon av vanlig og invaginerende <input type="checkbox"/> Med prefabrikkert materiale <input type="checkbox"/> På annen måte eller med andre kombinasjoner <input type="checkbox"/>
<b>Suturmateriale til stifteradens forsterkning</b>	Resorberbar polyfilament <input type="checkbox"/> Resorberbar monofilament <input type="checkbox"/> Resorberbar knuteløs <input type="checkbox"/> Ikke resorberbar polyfilament <input type="checkbox"/> Ikke resorberbar monofilament <input type="checkbox"/> Ikke resorberbar knuteløs <input type="checkbox"/>
<b>Hvor langt fra His slutter slutter delingen av magesekken?</b>	cm
<b>Peroperativ gastroskopi utført?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Er gastrokolisk ligament sydd tilbake på ventrikelresten?</b>	Ja, enkeltstående suturer <input type="checkbox"/> Ja, fortløpende suturer <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja, suturmateriale:</b>	Ikke resorberbar <input type="checkbox"/> resorberbar <input type="checkbox"/>
<b>Pexi av cardia?</b>	Ja, resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Ja, ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>SASI Steg2:</b>	
<b>Ble sleeve revidert?</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja, resleeve <input type="checkbox"/> Ja, pexi <input type="checkbox"/> Ja, resleeve og pexi <input type="checkbox"/> Ja, annet tiltak <input type="checkbox"/> Hvilket annet tiltak?
<b>Hvor langt fra pylorus begynner anastomosen (GE)?</b>	cm
<b>Hvor lang ble GE-anastomosen?</b>	cm
<b>GE teknikk</b>	Håndsydd <input type="checkbox"/> Sirkulært staplet <input type="checkbox"/> Linjært staplet <input type="checkbox"/> Linjært staplet + håndsydd <input type="checkbox"/>
<b>Hvis håndsydd, suturmateriale GE:</b>	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>
<b>Hvis sirkulært eller linjært staplet, stiftehøyde GE:</b>	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/>
<b>Hvis linjært staplet + håndsydd, suturmateriale GE:</b>	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>
<b>Hvis linjært staplet + håndsydd, stiftehøyde GE:</b>	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/>
<b>Avstanden Treitz – GE-anastomosen målt?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> cm
<b>Common channel målt?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> cm
<b>Er omentet delt</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Tynntarmens leie</b>	Antekolisk <input type="checkbox"/> Retrokolisk <input type="checkbox"/>
<b>Lukking av Petersens rom</b>	Ja enkeltstående sutur <input type="checkbox"/> Ja fortløpende sutur <input type="checkbox"/> Ja klips enkel rad <input type="checkbox"/> Ja klips to eller flere rader <input type="checkbox"/>

	Ja på annet vis <input type="checkbox"/>
	Nei <input type="checkbox"/>
<b>Hvilket materiale ble benyttet?</b>	Ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Knuteløs ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Knuteløs resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Klips ikke resorberbar <input type="checkbox"/> Klips resorberbar <input type="checkbox"/> Forskjellige materialer eller annet vis <input type="checkbox"/>
<b>Lekkasjetest</b>	
<b>Lekkasjetest utført?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Profylakse</b>	
<b>Antibiotikaprofylakse</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Tromboseprofylakse</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja lavmolekylær heparin høydose <input type="checkbox"/> Ja lavmolekylær heparin lavdose <input type="checkbox"/> Ja elektrisk/mekanisk metode f.eks IPC <input type="checkbox"/> Ja, annen profylakse <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja, profylaksens lengde (dager)</b>	
<b>Starttidspunkt profylakse</b>	Døgnet før operasjon <input type="checkbox"/> På operasjonsdagen, før operasjonsstart <input type="checkbox"/> På operasjonsdagen, etter operasjonsstart <input type="checkbox"/> Annet tidspunkt <input type="checkbox"/>
<b>Hiatushernie</b>	
<b>Ble det identifisert hiatushernie under operasjonen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja, angi brokkets aksiale lengde:</b>	cm
<b>Peroperativ komplikasjon</b>	
<b>Peroperative komplikasjon</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja, hvilken komplikasjon?</b>	Miltskade <input type="checkbox"/> Utsiktet tarmperforasjon <input type="checkbox"/> Annen komplikasjon (spesifiser):
<b>Annen samtidig operasjon</b>	
<b>Annen samtidig operasjon</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja, hvilken operasjon?</b>	Kolecystectomi <input type="checkbox"/> Gynekologisk operasjon <input type="checkbox"/> Arrbrokk eller navlebrokk <input type="checkbox"/> Splenektomi <input type="checkbox"/> Adheranseløsning mer enn 10 min <input type="checkbox"/> Cruraplastikk?: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja: fremre plastikk <input type="checkbox"/> bakre plastikk <input type="checkbox"/> fremre og bakre plastikk <input type="checkbox"/> Annen operasjon (spesifiser):
<b>Operasjonstid og blødning</b>	
<b>Operasjonstid:</b>	<b>Tidspunkt for start og slutt:</b> <b>Operasjonstid (minutter):</b>
<b>Blødning (ml)</b>	0-99ml <input type="checkbox"/> 100-499ml <input type="checkbox"/> 500-1500ml <input type="checkbox"/> > 1500 ml <input type="checkbox"/>
<b>Sykehusspesifikke variabler</b>	

<b>Operatør 1:</b>	<b>Operatør 2:</b>
<b>Oppfølging</b>	
<b>Hvor planlegges neste kontroll?</b>	Dette sykehuset <input type="checkbox"/> Annet sykehus <input type="checkbox"/>
	Hvilket annet sykehus?