

# Skjema for årskontroller

1 år     2år     5år     10år

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

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:	<b>Dødsdato:</b>	<b>Dødsårsak:</b> <input type="checkbox"/> Infeksjons-sykdom 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 vært reinnlagt på sykehus siden forrige registrering?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke
<b>Substitusjon</b>		
Har pasienten tatt substitusjon regelmessig det siste året?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hvis ja	<b>Multivitamin med eller utan jern</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>B12</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Folsyre</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>D-vit+Ca</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Oralt jern</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Parenteralt jern</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Komplett substitusjonspreparat</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<b>Profylakse</b>		
Ordinert profylakse med PPI-hemmer	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Profylakse med Ursofalk	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Type oppfølging</b>		
Type oppfølging	<input type="checkbox"/> Fremmøte <input type="checkbox"/> Per telefon <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.	
<b>Operasjoner</b>		
Har pasienten blitt operert siden forrige registrering?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja:	<b>Er en revisjonsoperasjon utført?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Operert for lekkasje,</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

	<b>perforasjon eller abscess?</b>	
	Ileus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Operasjon for annen komplikasjon eller mistanke om komplikasjon?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Hvilken operasjon for annen komplikasjon?</b>	
	<b>Annen operasjon siden forrige registrering?</b> <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
		<b>Kolecystektomi</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Gynekologisk operasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Plastikkirurgisk operasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Annen operasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Hvilken annen operasjon?</b>
<b>Har slitsene blitt korrigert ved noen av de registrerte operasjonene?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>Hvis ja:</b>	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 slitsiltak, 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"/>
<b>Komplikasjon</b>		
<b>Komplikasjoner siden forrige registrering</b>	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Hvis ja:</b>	<b>Perforasjon/lekkasje/abscess</b> <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
		<b>Stent</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Drenasje/skyll eller lignende</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Suturering/stifting eller lignende</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Utkobling</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Lekkasjens lokalisering</b> <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

	<b>Ileus</b> <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
		<b>Hvilken type ileusoperasjon?</b> <input type="checkbox"/> Åpen operasjon <input type="checkbox"/> Laparoskopisk operasjon
		<b>Tynntarmsreseksjon</b> <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.
		<b>Ileusmekanisme</b> <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"/> Tarminvaginasjon <input type="checkbox"/> Knekkdannelse <input type="checkbox"/> Mat/fremmedlegeme <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> Annen/ukjent
	<b>Bandrelatert komplikasjoni</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Brokk i operasjonssåret</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Striktur</b> <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
		<b>Dilatasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <b>Hvor mange ganger dilatert?</b> ganger
	<b>Stomalt ulcus</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Intervensjonskrevende underernæring</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Behandlingskrevende anemi</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Annen komplikasjon</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Hvilken annen komplikasjon?</b>	
	<b>Alvorlighetsgrad komplikasjon</b> <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	
<b>Antropometri</b>		
Høyde	cm	
Vekt	Kg	Pasienten vegrer seg <input type="checkbox"/>
Midjemål	cm	
<b>Graviditet</b>		
Gravid	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja Graviditetsuke:
<b>Blodtrykk</b>		
Systolisk	mmHg	
Diastolisk	mmHg	
<b>Komorbiditet</b>		
Pågående behandling	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Søvnapné	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Hypertoni	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes, medikamentelt behandlet	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
		Type diabetesbehandling:
		Tablettbehandling <input type="checkbox"/>
		Insulinbehandling <input type="checkbox"/>
		Tablett- og insulinbehandling <input type="checkbox"/>
		Annen behandling <input type="checkbox"/>
		Type 1 diabetes <input type="checkbox"/>
Dyslipidemi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Dyspepsi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Diaré	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Depresjon	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Muskel/skjelettsmerter	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Annen sykdom oppgitt på basisregistreringen	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Øvrig</b>		
Røyking	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Labprøver</b>		
Hb	g/dl	
fP-glukose	mmol/l	
B-HbA1c	mmol/mol	
P-kreatinin	µmol/l	
fP-TG	mmol/l	
P-LDL	mmol/l	
P-HDL	mmol/l	
fP-PTH	pmol/l	
S-25-OH-Vitamin D	nmol/l	
fS-insulin	mIE/l	pmol/mol
Insulin C-peptid	nmol/l	
<b>Sykehusspesifikke variabler</b>		
Inntektsgivende arbeid?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Stillingsprosent	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Fødsel	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Type fødsel	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Sectio
Dato for fødsel		
<b>Oppfølging</b>		
Hvor planlegges neste kontroll?	<input type="checkbox"/> Dette sykehuset	<input type="checkbox"/> Annet sykehus Hvilket annet sykehus?