

Skjema for operasjon Sleeve Gastrektomi (Vertikal ventrikelreseksjon)

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"/> 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):		
Sleeve gastrektomi(SG)			
Er denne operasjonen steg 1 i en duodenal switch operasjon?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Bougie diameter	French		
Hvor langt fra pylorus begynner reseksjonen?	Cm		
Sett inn antall og stiftehøyde på magasin brukt til å dele magesekken. Start aboralt ved pylorus og avslutt oralt ved cardia.			
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"/>		

Hvis ja, hvordan ?	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"/>
Suturmateriale til stifteradens forsterkning	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"/>
Hvor langt fra His slutter reseksjonen ved sleeve gastrektomi?	cm
Peroperativ gastroskopi utført?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Er gastrokolisk ligament sydd tilbake på ventrikkelresten?	Ja, enkeltstående suturer <input type="checkbox"/> Ja, fortløpende suturer <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, suturmateriale:	Ikke resorberbar <input type="checkbox"/> resorberbar <input type="checkbox"/>
Pexi av cardia?	Ja, resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Ja, ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Lekkasjetest	
Lekkasjetest utført?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Profylakse	
Antibiotikaproylakse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Tromboseproylakse	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 proylakse <input type="checkbox"/>
Hvis ja, proylaksens lengde (dager)	
Starttidspunkt proylakse	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"/>
Hiatushernie	
Ble det identifisert hiatushernie under operasjonen?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, angi brokkets aksiale lengde:	cm
Peroperativ komplikasjon	
Peroperative komplikasjon	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken komplikasjon?	Miltskade <input type="checkbox"/> Utsiktet tarmperforasjon <input type="checkbox"/> Annen komplikasjon (spesifiser):
Annen samtidig operasjon	
Annen samtidig operasjon	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken operasjon?	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):

Operasjonstid og blødning	
Operasjonstid:	Tidspunkt for start og slutt: Operasjonstid (minutter):
Blødning (ml)	0-99ml <input type="checkbox"/> 100-499ml <input type="checkbox"/> 500-1500ml <input type="checkbox"/> > 1500 ml <input type="checkbox"/>
Sykehusspesifikke variabler	
Operatør 1:	Operatør 2:
Oppfølging	
Hvor planlegges neste kontroll?	Dette sykehuset <input type="checkbox"/> Annet sykehus <input type="checkbox"/> Hvilket annet sykehus?