

Svenska Bukvägsbräck

Nationellt kvalitetsregister för
främre bukvägsbräck (2013)

Klinik ID _____

Personnummer _____

Namn _____ Man Kvinna

1. Operationsdatum (ÅÅÅÅMMDD)

2 0 1 3

Dagkirurgi

Vårdtid (ÅÅÅÅMMDD) _____

2. Bukvägsbräck

Primära

Navelbräck

Epigastrikabräck

Övriga bräck

Sekundära

Ärrbräck

Stomibräck

2b. Riskfaktorer

Inga

Aktiv Rökare

Diabetes

KOL/Astma

Blödarsjuk

Perorala steroider

Immunosuppression

3a. Ärrbräck efter föregående operation hos

Egen enhet Annan kirurgenhet

Gynekolog/KK Kärl Ortoped Plastik Thorax Urolog Okänd

3b. Årtal för senaste operation i bräckområdet (ÅÅÅÅ)

År: _____

3d. Antal bräckoperationer i området

Ingen

1

2

3

4+

3e. Föregående operationsmetod

Öppen

Laparoskopisk

Okänd

3f. Föregående plastik:

Sutur

Annan/Okänd

Nätplastik: Onlay

Inlay

Interstitiell

Retromuskulär

IPOM Plugg

4. Reponibelt bräckinnehåll

Nej

Oment

Tarm

Annat

5. Operatör 1 (sifferkod)

Operatör Assistent

Bräckspec. Kir.spec Nej

6. Operatör 2 (sifferkod)

Operatör Assistent

Bräckspec. Kir.spec Nej

7. Operatör 2 (sifferkod)

Operatör Assistent

Bräckspec. Kir.spec Nej

8. Operationsindikation

Elektiv

Akut, inklämt bräck

Akut, annan orsak

9. ASA

1

2

3

4

5

10. Patientlängd (cm)

11. Vikt (kg)

12. Anestesiform

Narkos

Lokalanestesi

Epidural/Regional

13. Trombosprofilax

Nej

Ja, operationsdygnet

Ja, utökad

14. Antibiotikaprofilax

Nej

Ja, en-dos

Ja, utökad

15. Infektionsrisk i op-fältet

Rent

Kontaminerat

Infekterat

16. Bukvägsbräck verifierat i bukväggssektor(er)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

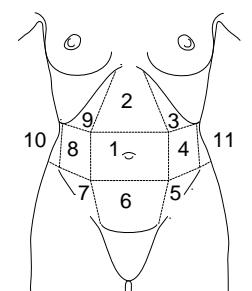
17. Beskriv aktuella tidigare operationssnitt i bukväggen

sektor	M	L	T	S	P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Snitt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snitt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snitt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snitt 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snitt 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Typ av operationssnitt

M = medellinje
L = longitudinellt
T = transversellt
S = sneda
P = Lap.portsnitt

Bukvägssektorer



Ärrbräck

Operation

18. Peroperativt antal upptäckta defekter _____

19. Bråckområdets längd x bredd (cm) _____ x _____

20. Operationsteknik: ₁ Öppen ₂ Laparoskopisk ₃ Konverterad; Orsak: Access/ Utrymme/Blödn /Skada /Övr.

21. Operationskoder (KSH97) _____¹ _____² _____³

22. Operationstid för **endast** bråckkop (minuter) Start: _____:_____ Stopp: _____:_____

28. Typ av plastik (Endast 1 alternativ)

Sutur: ₁ Icke resorberbar ₂ Långsamt resorberbar

Nät: ₅ Retromuskulär ₆ Interstitiell ₇ IPOM ₄ Onlay ₈ Plugg ₉₉ Övrigt

29a. Typ av protesmaterial

Implantatets produktkod _____

29a. Plats för klisterlapp med implantatets produktkod eller streckkod (25x75 mm = 1x3")

29c. Tillklippt nätstorlek (längd x bredd, cm) _____ x _____

29d. Minsta nätöverlappning (cm) _____ Longitudinellt _____ Transversellt

29e. Exponerat nät mot subkutis (cm, 0 = helt försluten) _____ Longitudinellt _____ Transversellt

29f. Nätets fixationsmetod (ev. flera alternativ) ₀ Ofixerat

₁ Sutur, resorberbar

₂ Sutur, icke resorberbar

₃ Metallstift-/spiral

₄ Resorberbara stift

₄ Vävnadslim

₉₉ Annat

29g. Nätets fixeringspunkter

₀ Inga

₁ Mittlinje

₂ Perifert

₃ Centralt

₆ Double Crown

29h. Transmurala suturer

₀ Nej

₁ Ja

23. Avlastande snitt i aponeurosen

₀ Nej

₁ Ja, öppen kir

₂ Ja, laparoskopiskt

24. Bukhålan explorerad

₀ Nej

₁ Ja

25. Bråckkinnehåll med cirkulationsstörning

₀ Nej

₁ Ja

26. Dränage

₀ Nej

₁ Ja

27. Peroperativ komplikation

₀ Ingen

₁ Blödning

₂ Tarmskada

₃ Urinblåseskada

₄ Kardiopulmonell

₅ Medicinteknisk ₉₉ Annan

27.1 Komplikationens svårighetsgrad

₁ Lindrig

₂ Måttlig

₃ Svår

44. Operationskrävande indikation inom 30 dygn

₀ Nej

₁ Blödning

₂ Ileus

(ett alternativ)

₃ Infektion

₄ Sårruptur/Recidiv

₅ Smärta

₆ Tarmskada

₉₉ Annat

45. Komplikation inom 30 dygn

₀ Nej

₁ Serom/Hematom

₂ Sårinfektion

₃ Nätinfektion

(flera alternativ möjliga)

₄ Ileus

₅ Recidiv

₆ Svår smärta

₇ Respiratorisk insufficiens

₈ Kardiopulmonell komplikation

₉ Död

₉₉ Annat

Kontrollerad inom 6 mån postop

46. Kontrolldatum (ÅÅÅÅMMDD) _____

₁ Journalkontroll

₂ Återbesök/Tel

48. Återställd patient

₁ Ja

₀ Nej

47. Registrerad Komplikation

₀ Nej

(flera alternativ möjliga)

₁ Lindrig smärta/värk

₃ Rörelsebegränsning

₅ Sårinfektion

₇ Recidiv

₉ Död

₂ Åtgärdskrävande smärta

₄ Serom

₆ Nätinfektion

₈ Bukopererad

₉₉ Annat

48. Reoperation relaterad till bukväggsbråcksoperationen

₀ Nej

₁ Ja

49. Reoperationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) _____

Operationskod (KSH97) _____

50. Fritt fält 1 _____

51. Fritt fält 2 _____

Endast nätplastiker

Post-op

Follow up

