

Svenska Bukväggsbråck

Nationellt kvalitetsregister för
främre bukväggsbråck (2013)

Klinik ID _____

Personnummer _____ - _____

Namn _____

Man Kvinna

1. Operationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) _____

2013

Dagkirurgi

Vårdtid (ÅÅÅÅMMDD) _____

2. Bukväggsbråck

Primära Navelbråck Epigastrikabråck Övriga bråck Rektusdiastas
Sekundära Ärrbråck Stomibråck

2b. Riskfaktorer Inga Aktiv Rökare m rökstopp Aktiv Rökare utan rökstopp Diabetes
 KOL/Astma Blödarsjuk Perorala steroider Immunosuppression

3a. Ärrbråck efter föregående operation hos Egen enhet Annan kirurgenhet
 Gynekolog/KK Kärl Ortoped Plastik Thorax Urolog Okänd/Annan

3b. Årtal för senaste operation i bråckområdet (ÅÅÅÅ) _____ År: _____

3d. Antal operationer i området 1 2 3 4 eller fler

3e. Föregående operationsmetod Öppen Laparoskopisk Oklart

3f. Föregående plastik Sutur Annan/Okänd
Nätplastik: Onlay Inlay Interstitiell Retromuskulär IPOM Plugg

4. Reponibelt bråckinnehåll Nej Delvis Helt

5. Operatör 1 (sifferkod) _____ Operatör Assistent Bråckspec. Kir.spec Nej

6. Operatör 2 (sifferkod) _____ Operatör Assistent Bråckspec. Kir.spec Nej

7. Operatör 2 (sifferkod) _____ Operatör Assistent Bråckspec. Kir.spec Nej

8. Operationsindikation Elektiv Elektiv del av annan op Akut bråck Akut, del av annan op

9. ASA 1 2 3 4 5

10. Patientlängd (cm) _____

11. Vikt (kg) _____

12. Anestesiform Narkos Lokalanestesi Epidural/Regional

13. Trombosprofylax Nej Ja, operationsdygnet Ja, utökad

14. Antibiotikaprofylax Nej Ja, en-dos Ja, utökad

15. Infektionsrisk i op-fältet Rent Kontaminerat Infekterat

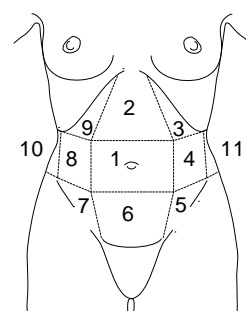
17. Beskriv aktuella tidigare operationssnitt i bukväggen

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

Bukväggssektorer



16. Bukväggsbråck verifierat i bukväggssektor(er)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Vid ärrbråck

Operation

- 41 18. Peroperativt antal upptäckta defekter ₁ 1 ₂ 2 ₃ 3 ₄ 4 eller fler
- 42 19. Bråckområdets längd x bredd (cm) _____ x _____
- 43 20. Operationsteknik: ₁ Öppen ₂ Laparoskopisk ₃ Konverterad; **Ange:** Access/ Utrymme/Blödn /Skada /Övr.
- 44 21. Operationskoder (KSH97) _____¹ _____² _____³
- 45 22. Operationstid för **endast bråckop** (tt:mm) Start: _____ : _____ Stopp: _____ : _____

- 46 28. Typ av plastik (Endast 1 alternativ)
- 47 **Sutur:** ₁ Icke resorberbar ₂ Långsamt resorberbar
- 48 **Nät:** ₅ Retromuskulärt ₆ Interstitiellt ₇ IPOM ₄ Onlay ₈ Plugg ₉₉ Övrigt

- 49 **Antal nät:** ₁ Enkelt ₂ Multipla
- 49a. Typ av implantat (produktkod) _____
- 49c. Tillklippt nätstorlek (längd x bredd, cm) _____ x _____
- 49d. Minsta nätöverlappning (cm) _____ Longitudinellt _____ Transversellt _____
- 49e. Exponerat nät mot subkutis (cm, 0 = helt försluten) _____ Longitudinellt _____ Transversellt _____
- Laparoskopiskt försluten defekt ₀ Nej ₁ Ja
- 49f. Nätets fixationsmetod
- resorberbart: ₀ Nej ₁ Sutur ₂ Stift/klammer/etc ₃ Lim ₄ Flera metoder ₉₉ Annat
- icke resorberbart ₀ Nej ₁ Sutur ₂ Stift/klammer/etc ₃ Lim ₄ Flera metoder ₉₉ Annat
- 49g. Nätets fixeringspunkter ₀ Inga ₁ Mittlinje ₂ Perifert ₃ Centralt ₆ Double Crown
- 49h. Transmurala suturer ₀ Nej ₁ Ja

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

- 60 23. Avlastande snitt i aponeurosen ₀ Nej ₁ Ja, öppet (CST) ₂ Ja, laparoskopiskt
- 61 24. Bukhålan explorerad ₀ Nej ₁ Ja
- 62 25. Bråckinnehåll med cirkulationsstörning ₀ Nej Ja: ₁ Oment ₂ Tarm ₉₉ Annat
- 63 26. Dränage ₀ Nej ₁ Ja
- 64 Resektion av hud ₀ Nej ₁ Ja
- 65 Postoperativ kompression/gördel ₀ Nej ₁ Ja

- 66 27. Peroperativ komplikation ₀ Ingen ₁ Blödning ₂ Tarmskada ₃ Urinblåseskada
- 67 ₄ Kardiopulmonell ₅ Medicinteknisk ₉₉ Annan
- 68 27.1 Komplikationens svårighetsgrad ₁ Lindrig ₂ Måttlig ₃ Svår

- 69 44. Operationskrävande indikation inom 30 dygn ₀ **Ej op** ₁ Blödning ₂ Ileus
- 70 (ett alternativ) ₃ Infektion ₄ Sårruptur/Recidiv ₅ Smärta ₆ Tarmskada ₉₉ Annat
- 71 45. Komplikation inom 30 dygn ₀ Ingen ₁ Serom/Blödning ₂ Sårinfektion ₃ Nätinfektion
- 72 (flera alternativ möjliga) ₄ Ileus ₅ Recidiv ₆ Svår smärta
- 73 ₇ Respiratorisk insufficiens ₈ Kardiopulmonell komplikation ₉ Död ₉₉ Annat
- 74 Postoperativ undertrycksbehandling ₀ Nej ₁ Ja

- 75 46. Kontrolldatum (ÅÅÅÅMMDD) _____ **Kontroll:** ₁ Journal ₂ Tel/brev ₃ Undersökn.
- 76 48. Återställd patient ₁ Ja ₀ Nej ₂ Okänt

- 77 47. Registrerad Komplikation ₀ Ingen (flera alternativ möjliga)
- 78 ₁ Lindrig smärta/värk ₃ Rörelsebegränsning ₅ Sårinfektion ₇ Recidiv ₉ Död
- 79 ₂ Åtgärdskrävande smärta ₄ Serom ₆ Nätinfektion ₈ Bukopererad ₉₉ Annat
- 80 48. Reoperation relaterad till bukväggsbråckoperationen ₀ Nej ₁ Ja
- 81 49. Reoperationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) _____ **Operationskod (KSH97)** _____

- 82 50. Fritt fält 1 _____ 51. Fritt fält 2 _____

Endast nätplastiker

Post-op

Kontroll 6 mån