

Svenska Bukväggsbråck

Nationellt kvalitetsregister för
främre bukväggsbråck (v2006)

Klinik ID _____

Personnummer _____ - _____

Namn _____

Patienten nekar dataregistrering enligt PUL

Kön Man Kvinna

1. Datum (ÅÅÅÅMMDD) **2006**

2. Uppgiftsansvarig/Operatör (sifferkod) _____

3. Specialistkompetent Nej Ja

4. Assisterande operatör (sifferkod) _____

5. Specialistkompetent Nej Ja

6. Bråckdiagnos Navelbråck Epigastrikabråck Bukväggsbråck Annat

7. Typ av bukväggsbråck Primärt Sekundärt (Ärrbråck)

8. Bukväggsbråck verifierat i bukväggssektor(er)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

9. Bråckområdets totala storlek (längd x bredd, cm) _____ x _____

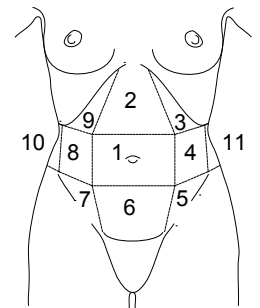
10. Antal diagnosticerade bråck _____

11. Reponibelt bråckinnehåll Nej Delvis Helt

12. Förekomst av tidigare snittföring efter operation i bukväggen Nej

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

Bukväggssektorer



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

13. Tidigare ärrbråcksoperation, samma lokal Ingen 1 2 3 4

14. Föregående operationsdatum (ÅÅÅÅ{MM}{DD}) _____

15. Föregående operationsmetod 99 Okänd

.1 Enbart suturplastik: Nej Ja (inklusive normal förslutning)

.2 Nätplastik: Nej Ja: 1 Onlay 2 Inlay 3 Sublay 4 IPOM 5 Plugg 99 Okänd

16. Ärrbråck efter operation hos Egen enhet 1 Annan kirurgenheter

2 Gynekolog/KK 3 Kärll 4 Ortoped 5 Plastik 6 Thorax 7 Urolog 99 Okänd / Annan

17. Operationsindikation 0 Nej 1 Elektiv 1 Akut, inklämt bråck 2 Akut, annan orsak

18. ASA 1 I 2 II 3 III 4 IV 5 V

19. Patientlängd (cm) _____ 20. Vikt (kg) _____

21. Operationskoder (KSH97) _____¹ _____² _____³

22. Operationstid (minuter) _____ 23. Jourtidsooperation 0 Nej 1 Ja

24. Infektionsrisk i op-fältet 0 Rent 1 Kontaminerat 2 Infekterat

25. Bukhålan explorerad 0 Nej 1 Ja

26. Dränage 0 Nej 1 Ja

27. Trombosprofylax 0 Nej 1 Ja 1 Ja, utökad

28. Antibiotikaprofylax _0 Nej _1 Ja _1 Ja, utökad

29. Antal peroperativt upptäckta defekter _____

30. Aponeurosdefektens totala omfång (längd x bredd, cm) _____ x _____

31. Operationsmetod

Suturplastik: _1 Icke resorberbar sutur _2 Långsamt resorberbar sutur _3 Snabbt resorberbar sutur

Nät-placering: _4 Onlay _5 Retromuskulär _6 Extraperitoneal _7 IPOM _8 Pluggteknik

32. Laparoskopisk: _1 Ja _2 Nej _3 Konverterad laparoskopisk operation

33. Avlastande snitt i aponeurosen _0 Nej _1 Ja

34. Typ av protesmaterial (ett alternativ)

34.1 Plats för klisterlapp med
nätets produktkod/streckkod
(25x75 mm = 1x3")

_3 Polypropylene _1 ePTFE

_4 Polypropylene Lågvikt (<50 g/m²)

_5 Kompositnät _2 Polyester

_0 Resorberbart _99 Annat

35. Implanterad nätstorlek (längd x bredd, cm) _____ x _____

36. Uppskattad minsta överlappning (cm) _____ Longitudinellt _____ Transversellt

37. Huvudsaklig fixering av nätet (flera alternativ) _0 Ingen

_1 Sutur, resorberbar _3 Metallklammer/clips _6 Resorberbara stift

_2 Sutur, icke resorberbar _4 Titanspiral (Protack®) _7 Vävnadslim _99 Annat

38. Nätets fixeringspunkter _0 Inga _1 Mittlinje _2 Perifert _3 Centralt

39. Transmurala suturer använda _0 Nej _1 Ja

40. Kvarstående avstånd mellan externusaponeuroser (cm, transversellt mått, 0 = helt försluten) _____

41. Peroperativ komplikation _0 Nej _1 Ja, Lindrig _2 Ja, Svår

42. Peroperativ komplikationstyp _0 Ingen _1 Blödning _2 Tarmskada
_3 Kardiopulmonell _4 Medicinteknisk _99 Annan

43. Vårdtid (ÅÅÅÅMMDD, t.o.m.-fr.o.m.) _____

44. Operationskrävande komplikation inom 30 dygn _0 Nej _1 Blödning _4 Ileus
(ett alternativ) _2 Infektion _5 Sårruptur/Recidiv _6 Smärta _7 Tarmskada _99 Annat

45. Komplikation inom 30 dygn _0 Nej
(flera alternativ möjliga)
_1 Serom/Hematom _4 Ileus _6 Respiratorisk insufficiens
_2 Sårinfektion _5 Recidiv _7 Kardiopulmonell komplikation
_3 Nätinfektion _8 Svår smärta _8 Död _99 Annat

Kontrollerad inom 6 mån postop

46. Kontrolldatum (ÅÅÅÅMMDD) _____ 47. Återställd patient _0 Nej _1 Ja

48. 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

49. Reoperation relaterad till bukväggsbråcksoperationen _0 Nej _1 Ja

50. Reoperationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) _____ Operationskod (KSH97) _____

51. Fritt fält 1 _____

52. Fritt fält 2 _____

52. Fritt fält 2 _____