

Svenska Bukväggsbråck

Nationellt kvalitetsregister för
främre bukväggsbråck (v2007)

Klinik ID _____

Personnummer _____ - _____

Namn _____

Patienten nekar dataregistrering enligt PUL

Kön Man Kvinna#

1. Datum (ÅÅÅÅMMDD) **2007**

2. Uppgiftsansvarig/Operatör (sifferkod) _____

3. Specialistkompetent Ja Nej

4. Assisterande operatör (sifferkod) _____

5. Specialistkompetent Ja Nej

6. Bukväggsbråck Navelbråck Epigastrikabråck Ärrbråck Stomibråck Övriga

7. Typ av bukväggsbråck Primärt Sekundärt (Ärrbråck)

8. Bukväggsbråck verifierat i bukväggssektor(er)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

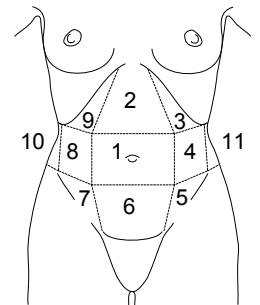
9. Bråckområdets totala storlek (längd x bredd, cm) _____ x _____

10. Reponibelt bråckinnehåll Nej Delvis Helt

11. Beskriv aktuella tidigare operationssnitt i bukväggen Inga

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

Bukväggssektorer



Typ av operationssnitt

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

12. Tidpunkt för senaste operation i bråckområdet (ÅÅÅÅ{MM}{DD}) _____

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

14. Tidigare operationer av bukväggsbråck Ingen 1 2 3 ≥4

15. Föregående bråckoperationsmetod Öppen Laparoskopisk Okänd

16. Föregående plastik: Sutur
Nätplastik: Onlay Inlay Retromuskulär IPOM Plugg Annan

17. Operationsindikation Elektiv Akut, inklämt bråck Akut, annan orsak

18. ASA I II III IV V

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

20. Anestesiform Narkos Lokalanestesi Epidural/Regional

21. Trombosprofylax Nej Ja, operationsdygnet Ja, utökad

22. Antibiotikapofylax Nej Ja, en-dos Ja, utökad

23. Infektionsrisk i op-fältet Rent Kontaminerat Infekterat

24. Bukhålan explorerad Nej Ja

25. Dränage Nej Ja

26. Operationskoder (KSH97) _____¹ _____² _____³

Preoperativt

Ärrbråck

27. Operationstid (minuter) _____ Start: _____ : _____ : _____ Stopp: _____ : _____

28. Jourtidsoperation _0 Nej _1 Ja

29. Operationsteknik: _1 Öppen _2 Laparoskopisk _3 Laparoskopisk, konverterad

30. Typ av plastik

Sutur: _1 Icke resorberbar _2 Långsamt resorberbar _3 Snabbt resorberbar

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

31. Antal peroperativt upptäckta defekter _____

32. Bråckområdets totala omfång (längd x bredd, cm) _____ x _____

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

34. Avlastande snitt i aponeurosen _0 Nej _1 Ja#

35. Peroperativ komplikation _0 Ingen _1 Blödning _2 Tarmskada _3 Kardiopulmonell
_4 Medicinteknisk _99 Annan

36. Komplikationens svårighetsgrad _0 Ingen/obetydlig _1 Ja, Lindrig _2 Ja, Svår

37. Typ av protesmaterial (ett alternativ)



_0 Inget

_4 Polypropylene

_2 Polyester

_5 Polypropylene Lågvikt (<50 g/m²)

_3 ePTFE

_6 Kompositnät

_1 Resorberbart

_99 Annat

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

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

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

41. Huvudsaklig fixering av nätet (ev. flera alternativ) _0 Ingen

_1 Sutur, resorberbar

_3 Metallklammer/clips

_5 Resorberbara stift

_2 Sutur, icke resorberbar

_4 Titanspiral (Protack®)

_6 Vävnadslim _99 Annat

42. Transmurala suturer _0 Nej _1 Ja

43. Vårdtid (ÅÅÅÅMMDD) _____ _1 Dagkirurgi

44. Operationskrävande indikation inom 30 dygn (ett alternativ) _0 Nej _1 Blödning _2 Ileus
_3 Infektion _4 Sårruptur/Recidiv _5 Smärta _6 Tarmskada _99 Annat

45. Komplikation inom 30 dygn (flera alternativ möjliga) _0 Nej _1 Serom/Hematom _2 Sårinfektion _3 Nätinfection
_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) _____

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 Nätinfection

_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