

Svenska Bukväggsbråck

Nationellt kvalitetsregister för
främre bukväggsbråck (2011)

Klinik ID **3 0 0 0 1** Personnummer _____ - _____

Namn _____ Man Kvinna

1. Operationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) **2 0 1 1** Dagkirurgi

Vårdtid (ÅÅÅÅMMDD) _____

2. Bukväggsbråck

Primära Navelbråck Epigastrikabråck Övriga primära bråck

Sekundära Ärrbråck Stomibråck

2b. Riskfaktorer Inga Aktiv Rökare 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

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

3d. Antal operationer i området Ingen 1 2 3 4+

3e. Föregående operationsmetod Öppen Laparoskopisk Okänd

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

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 Akut, inklämt bråck Akut, annan orsak

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

16. Beskriv aktuella tidigare operationssnitt i bukväggen

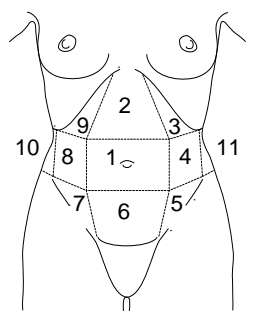
sektor M L T S P 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Snitt	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



17. Bukväggsbråck verifierat i bukväggssektor(er)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Ärrbråck

Operation

18. Antal peroperativt upptäckta defekter _____

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

20. Operationsteknik: ₁ Öppen ₂ Laparoskopisk ₃ Konverterad; Orsak: _____

21. Operationskoder (KSH97) _____¹ _____² _____³

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

28. Typ av plastik (Endast 1 alternativ)

Sutur: ₁ Icke resorberbar ₂ Långsamt resorberbar ₃ Snabbt resorberbar

Nät: ₅ Retromuskulär ₆ Interstitiell ₇ IPOM ₄ Onlay ₈ Pluggteknik ₉ Annan

29a. Typ av protesmaterial

Implantatets produktkod _____

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

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

29d. Uppskattad minsta överlappning (cm) _____ Longitudinellt _____ Transversellt _____

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

29f. Huvudsaklig fixering av nätet (ev. flera alternativ) ₀ Ingen

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

24. Bukhålan explorerad

₀ Nej

₁ Ja

25. Cirkulationspåverkat innehåll i bråcksäcken

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