

# Svenska Bukväggsbråck

Nationellt kvalitetsregister för  
främre bukväggsbråck (2017)

Klinik ID \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_  1 Man  2 Kvinna

1. Operationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) **2017**  1 Dagkirurgi

Vårdtid (ÅÅÅÅMMDD) \_\_\_\_\_

## 2. Bukväggsbråck

Primära  1 Navelbråck  2 Epigastrikabråck  5 Övriga bråck  5 Rektusdiastas  
Sekundära  3 Ärrbråck  4 Stomibråck

2b. Riskfaktorer  0 Inga  1 Aktiv Rökare m rökstopp  7 Aktiv Rökare utan rökstopp

2 Diabetes  3 KOL/Astma  4 Blödarsjuk  5 Perorala steroider  6 Immunosuppression

3a. Ärrbråck efter föregående operation hos  0 Egen enhet  1 Annan kirurgenhet  
 2 Gynekolog/KK  3 Kärl  4 Ortoped  5 Plastik  6 Thorax  7 Urolog  99 Okänd/Annan

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

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

3e. Föregående operationsmetod  1 Öppen  2 Laparoskopisk  99 Oklart

3f. Föregående plastik  1 Sutur  99 Annan/Okänd

Nätplastik:  2 Onlay  3 Inlay  4 Interstitiell  5 Retromuskulär  6 IPOM  7 Plugg

4. Preoperativt reponibelt bråckinnehåll  0 Nej  1 Delvis  2 Helt

5. Operatör 1 (sifferkod) \_\_\_\_\_  1 Operatör  2 Assistent  1 Bråckspec.  2 Kir.spec  0 Nej

6. Operatör 2 (sifferkod) \_\_\_\_\_  1 Operatör  2 Assistent  1 Bråckspec.  2 Kir.spec  0 Nej

7. Operatör 2 (sifferkod) \_\_\_\_\_  1 Operatör  2 Assistent  1 Bråckspec.  2 Kir.spec  0 Nej

8. Operationsindikation  1 Elektiv  2 Elektiv del av annan op  3 Akut bråck  4 Akut, del av annan op

9. ASA  1  2  3  4  5

10. Patientlängd (cm) \_\_\_\_\_

11. Vikt (kg) \_\_\_\_\_

12. Anestesiform  0 Narkos  1 Lokalanestesi  2 Epidural/Regional

13. Trombosprofylax  0 Nej  1 Ja, operationsdygnet  2 Ja, utökad

14. Antibiotikaprofylax  0 Nej  1 Ja, en-dos  2 Ja, utökad

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

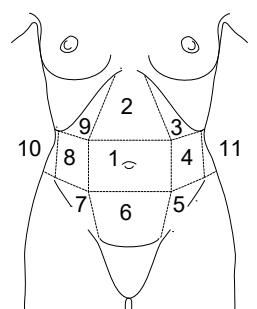
## 16. Beskriv aktuella tidigare operationssnitt i bukväggen

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

Vid ärrbråck

Operation

18. Peroperativt antal upptäckta defekter <sub>1</sub> 1 <sub>2</sub> 2 <sub>3</sub> 3 <sub>4</sub> 4 eller fler

19. Bråckområdets längd x bredd (cm) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

20. Operationsteknik: <sub>1</sub> Öppen <sub>2</sub> Laparoskopisk <sub>3</sub> Konverterad; **Ange:** Access/ Utrymme/Blödn /Skada /Övr.

21. Operationskoder (KSH97) \_\_\_\_\_<sup>1</sup> \_\_\_\_\_<sup>2</sup> \_\_\_\_\_<sup>3</sup>

22. Operationstid för **endast bråckop** (tt:mm) Start: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Stopp: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ <sub>1</sub> Del av större op

28. Typ av plastik (Endast 1 alternativ)

**Sutur:** <sub>1</sub> Icke resorberbar <sub>2</sub> Långsamt resorberbar

**Nät:** <sub>5</sub> Retromuskulärt <sub>6</sub> Interstitiellt <sub>7</sub> IPOM <sub>4</sub> Onlay <sub>8</sub> Plugg <sub>99</sub> Annat

**Antal nät:** <sub>1</sub> Enkelt <sub>2</sub> Multipla

29a. Typ av implantat (produktkod) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Laparoskopiskt försluten defekt <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

29f. Nätets fixationsmetod

resorberbart: <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Sutur <sub>2</sub> Stift/klammer/etc <sub>3</sub> Lim <sub>4</sub> Flera metoder <sub>99</sub> Annat

icke resorberbart <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Sutur <sub>2</sub> Stift/klammer/etc <sub>3</sub> Lim <sub>4</sub> Flera metoder <sub>99</sub> Annat

29g. Nätets fixeringspunkter <sub>0</sub> Inga <sub>1</sub> Mittlinje <sub>2</sub> Perifert <sub>3</sub> Centralt <sub>6</sub> Double Crown

29h. Transmurala suturer <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

23. Avlastande snitt i aponeurosen <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja, öppet (CST) <sub>2</sub> Ja, laparoskopiskt

24. Bukhålan explorerad <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

25. Bråckinnehåll med cirkulationsstörning <sub>0</sub> Nej Ja: <sub>1</sub> Oment <sub>2</sub> Tarm <sub>99</sub> Annat

26. Dränage <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

Resektion av hud <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

Postoperativ kompression/gördel <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

27. Peroperativ komplikation <sub>0</sub> Ingen <sub>1</sub> Blödning <sub>2</sub> Tarmskada <sub>3</sub> Urinblåseskada

<sub>4</sub> Kardiopulmonell <sub>5</sub> Medicinteknisk <sub>99</sub> Annan

27.1 Komplikationens svårighetsgrad <sub>1</sub> Lindrig <sub>2</sub> Måttlig <sub>3</sub> Svår

44. Indikation för reoperation inom 30 dygn <sub>0</sub> Ej op <sub>1</sub> Blödning <sub>2</sub> Ileus <sub>3</sub> Sårinfektion

(ett alternativ) <sub>4</sub> Sårruptur/Recidiv <sub>5</sub> Smärta <sub>6</sub> Tarmskada <sub>6</sub> Blåskada <sub>99</sub> Annat

45. Komplikation inom 30 dygn <sub>0</sub> Ingen <sub>1</sub> Serom/Blödning <sub>2</sub> Sårinfektion <sub>3</sub> Nätinfection

(flera alternativ möjliga) <sub>4</sub> Ileus <sub>5</sub> Recidiv <sub>6</sub> Svår smärta

<sub>7</sub> Respiratorisk insufficiens <sub>8</sub> Kardiopulmonell komplikation <sub>9</sub> Död <sub>99</sub> Annat

Postoperativ undertrycksbehandling <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

Avslutas: Ingen ytterligare uppföljning <sub>1</sub>

46. Kontrolldatum (ÅÅÅÅMMDD) \_\_\_\_\_ **Kontroll:** <sub>1</sub> Journal <sub>2</sub> Tel/brev <sub>3</sub> Undersökn.

48. Återställd patient <sub>1</sub> Ja <sub>0</sub> Nej <sub>2</sub> Okänt

47. Registrerad Komplikation <sub>0</sub> Ingen (flera alternativ möjliga)

<sub>1</sub> Lindrig smärta/värk <sub>3</sub> Rörelsebegränsning <sub>5</sub> Sårinfektion <sub>7</sub> Recidiv <sub>9</sub> Död

<sub>2</sub> Åtgärdskrävande smärta <sub>4</sub> Serom <sub>6</sub> Nätinfection <sub>8</sub> Bukopererad <sub>99</sub> Annat

48. Reoperation relaterad till bukväggsbråcksoperationen <sub>0</sub> Nej <sub>1</sub> Ja

49. Reoperationsdatum (ÅÅÅÅMMDD) \_\_\_\_\_ **Operationskod (KSH97)** \_\_\_\_\_

50. Fritt fält 1 \_\_\_\_\_ 51. Fritt fält 2 \_\_\_\_\_

Endast nätplastiker

Post-op

Kontroll 6 mån

**ENDAST VIKTIGASTE NÄTET REGISTRERAS**

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