KIRURGISK BEHANDLING – Svenska Hypofysregistret

Sjukhus/klinik _____ Personnummer _____ Namn _____

Operation

☐ **Planerad operation ej utförd** ☐ **Operation utförd utomlands**, År:_____ Land:_____ (blankett klar att skicka in).

Beslutsdatum operation _____

Operationsdatum _____

Om fördröjning av operation, ange anledning: ☐ Självvald väntan ☐ Medicinsk orsak ☐ Annan orsak: _____

Opererande sjukhus/klinik _____

☐ Primär operation ☐ Re-operation

Operatör 1 _____ **Operatör 2** _____

Typ av operation (ett val)

☐ Extirpation/Resektion
☐ Biopsi
☐ Dränage
☐ Yttrium90, fyll i nedan:
Cystvolym_____cm^3
Strålmängd_____MBq
☐ Annat _____

Inget PAD

☐ Inget PAD

Operationsväg (ett val)

Transsfenoidal

☐ Endonasal direkt bilateral sfenoidektomi och posterior septektomi
☐ Endonasal septal dislocation
☐ Transnasal submukosal transseptal
☐ Sublabial submukosal transseptal
☐ Lateral rinotomi
☐ Utvidgad transsfenoidal ingång (alla varianter)

Övriga

☐ Transkraniell
☐ Stereotaktisk punktion
☐ Annan approach _____

Hjälpmedel (flera val möjliga)

☐ Endoskop
☐ Mikroskop
☐ Navigation
☐ Intraoperativ MRT
☐ Annat hjälpmedel_____

Observationer peroperativt

Likvorläckage under op	☐ Nej	☐ Ja, profust	☐ Ja,diskret	☐ Uppgift saknas
Makroskopisk radikalitet	☐ Nej	☐ Ja	☐ Tveksamt	☐ Uppgift saknas
Annat	☐ Nej	☐ Ja	Specificera _____	

Postoperativa komplikationer (inom vårdtillfället för hypofysoperationen)

☐ Inga komplikationer
☐ Behandlingskrävande post-operativt likvorläckage
☐ Lumbaldrän ☐ Operativ tätning
☐ Intrasellärt hematom/pneumocephalus som krävt åtgärd
☐ Meningit/encephalit
☐ Lambåinfektion
☐ Ögonmuskelpares
☐ Försämring av visus/synfält (ögonläkarbedömning)
☐ Lungemboli
☐ Djup ventrombos
☐ Annan cerebral blödning/infarkt/kärlskada: _____
☐ Annat. Ange vad: _____
☐ Avliden. Dödsorsak: _____

☐ 30-dagars postop (tel)uppföljning på annan enhet än den opererande

Sjukhus/klinik _____

KIRURGISK BEHANDLING – Svenska Hypofysregistret

Pre-operativ radiologi (Ny radiologi ifylles endast om förnyad MRT/CT gjorts efter anmälan)

Radiologi avser ☐ Hypofystumör ☐ Kraniofaryngiom ☐ Annat

Typ av undersökning ☐ MR ☐ CT ☐ Ej utförd (blanketten klar att skicka in)

Datum _____

Längd _____ mm Bredd _____ mm Höjd _____ mm ☐ Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största.

Hypofystumör

Storleksindelning: ☐ Mikro (<10 mm) ☐ Makro (≥10 mm)

Knosp-S ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan

SUPRA sellär	PARA sellär	
	Höger	Vänster
☐ Grad 0	☐ Grad 0	☐ Grad 0
☐ Grad 1	☐ Grad 1	☐ Grad 1
☐ Grad 2	☐ Grad 2	☐ Grad 2
☐ Grad 3	☐ Grad 3a	☐ Grad 3a
☐ Grad 4	☐ Grad 3b	☐ Grad 3b
☐ Uppgift saknas	☐ Grad 4	☐ Grad 4
	☐ Uppgift saknas	☐ Uppgift saknas

Kraniofaryngiom

Lokalisation ☐ Intrasellär ☐ Suprasellär ☐ Deformering av/inväxt i 3:e ventrikeln ☐ Retrochiasmal ☐ Uppgift saknas

Cysticitet ☐ Solid ☐ Solid /Cystisk ☐ Cystisk ☐ Uppgift saknas