

30-dagars uppföljning

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Inrappt sjukhus/klinik | | Personnr | | | | | | | | | | | |
| | | Namn | | | | | | | | | | | |
| Läkare | | Insändes till | | | | | | | | | | | |
| | | Regionalt cancercentrum | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter saknas och formuläret kan ej ifyllas komplett | | | | | | | | | | | | | |
| Postoperativa komplikationer (inom vårdtillfället eller inom 30 dagar efter operationen) | | | | | | | | | | | | | |
| Behandlingskrävande postop kompl. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange nedan | | | | | | | | | | | | | |
| | Clavien gradering | | | | | | Clavien gradering | | | | | | |
| | 2 | 3a | 3b | 4a | 4b | 5(död) | | 2 | 3a | 3b | 4a | 4b | 5 (död) |
| Infektiösa | | | | | | | Kirurgiska | | | | | | |
| -Pneumoni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Sårinfektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Sepsis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Intraabdominell inf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Övrigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Sårruptur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kardiovaskulära | | | | | | | -Blödning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Hjärtinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Anastomosinsuff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Hjärtsvikt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Stomikomplication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Arytmi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Övrigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Djup ventrombos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Övriga kompl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Övrigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -Specificera..... | | | | | | |
| Neurologiskt | | | | | | | | | | | | | |
| -CVI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| -Övrigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -KAD vid utskrivning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förklaring till Clavien gradering | | | | | | | | | | | | | |
| Grad 2 | Farmakologisk behandling krävdes inkl blodtransfusion eller parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretica, elektrolytersättning. | | | | | | | | | | | | |
| Grad 3a | Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutant dränage) behandling utan narkos. | | | | | | | | | | | | |
| Grad 3b | Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk behandling i narkos. | | | | | | | | | | | | |
| Grad 4a | Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård med svikt av ett organ (inkl dialys). | | | | | | | | | | | | |
| Grad 4b | Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård med multiorgansvikt. | | | | | | | | | | | | |
| Grad 5 | Död. | | | | | | | | | | | | |
| 1. IVA-vård <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: In, datum Ar-mån-dag Ut, datum Ar-mån-dag | | | | | | | | | | | | | |
| Intagning till IVA från vårdavd, eller oplanerad behandling på IVA längre än 1 dygn direkt efter op | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Reoperation/-er <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: Datum reop 1 Ar-mån-dag Datum reop 2 Ar-mån-dag | | | | | | | | | | | | | |
| Oplanerad laparotomi | | | | | | | | | | | | | |
| Orsak <input type="checkbox"/> Sårruptur | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Blödning | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Infektion | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anastomosinsufficiens | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Annan orsak, specificera | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Oplanerad återintagning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: Orsak/-er: | | | | | | | | | | | | | |
| Varje oplanerad återintagning i slutet vård, oberoende av klinik, inom 30 dagar från op | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Död inom 30 dagar postop <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: Dödsorsak/-er: | | | | | | | | | | | | | |
| eller under samma vårdtillfälle (oberoende av orsak). | | | | | | | | | | | | | |
| Fortsatt planering/behandling | | | | | | | | | | | | | |
| Utskriven till <input type="checkbox"/> Hemmet <input type="checkbox"/> Annan vård <input type="checkbox"/> Avliden <input type="checkbox"/> Enbart poliklinisk behandling | | | | | | | | | | | | | |
| Utskriven, datum Ar-mån-dag | | | | | | | | | | | | | |
| Fjärrmetastasering diagnostiserad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:→ | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Peritoneum | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ovarium <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar paraaortalt/centralt buk | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar ljumske/nedre extremitet | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar supraklav/övra extremitet <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar intrathorakalt | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar i bäckenet <input type="checkbox"/> Skelett <input type="checkbox"/> Binjure | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> Annat organ..... | | | | | | | | | | | | | |
| Har patienten remitterats till eller bedömts av organspecialist avseende metastaskirurgi? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej | | | | | | | | | | | | | |
| Postop bedömning i multidisciplinär terapigrupp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum Ar-mån-dag | | | | | | | | | | | | | |
| - om ja, bedömd av <input type="checkbox"/> Kirurg <input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Sjuksköterska | | | | | | | | | | | | | |
| Remitterad till onkologklinik <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik | | | | | | | | | | | | | |
| (kemo / antikroppar / strålning) | | | | | | | | | | | | | |
| Ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | | | | | | | | | | |
| Patienten är inkluderad i prospektiv klinisk studie med informerat samtycke <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Prospektiv observations- eller interventionsstudie utan randomisering | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Prospektiv randomiserad interventionsstudie | | | | | | | | | | | | | |