

<b>NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR BRÖSTREKONSTRUKTIONER</b>	<b>BILATERALA PROFYLAKTISKA INGREPP, INGEN CANCER I ANAMNESEN</b>	<b>Formulär 3</b>
Sjukhus, klinik.....	Personnummer.....	
Endast huvudoperatör.....	Namn.....	
Rapporteringsdatum..... (år-mån-dag)		
<b>Patienten är utredd på onkogenetisk enhet</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
<b>INGREPP</b>		
Ingrepp sida <input type="checkbox"/> Bilateral                      Operationsdatum: ..... Deltar i antibiotika studien <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
Typ av ingrepp <input type="checkbox"/> Mastektomi med samtidig rekonstruktion (HAC20+ HAE 00/05/10) <input type="checkbox"/> Mastektomi med bevarande av mamill - areola med samtidig rekonstruktion (HAC10 + HAE 00/05/10 ) <input type="checkbox"/> Mastektomi med bevarande av areola med samtidig rekonstruktion (HAC15+ HAE 00/05/10) <input type="checkbox"/> Mastektomi utan rekonstruktion (HAC20)		
<b>Mamillbasbiopsi</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Enbart implantatrekonstruktion (HAE00)</b> <input type="checkbox"/> Permanent protes (HAE00) <input type="checkbox"/> Permanent expanderprotes (HAE00) <input type="checkbox"/> 2-seansrekonstruktion (HAE00 + ZZS50/ZZS70) Datum för implantatbyte: ..... Implantatbyte sker i: <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Slutenvård		
<b>Dermissplatta (ADM)</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Lambårekonstruktion + implantat (HAE05)</b> <input type="checkbox"/> LTD (killambå) (HAE05 + ZZR05) <input type="checkbox"/> LD (latissimus dorsi) (HAE05 + ZZR10) <input type="checkbox"/> Annan (HAE05), ange tilläggs kod .....		
<b>Implantat, tillverkare</b> <input type="checkbox"/> Arion <input type="checkbox"/> Eurosilicone <input type="checkbox"/> Mcghan/Allergan <input type="checkbox"/> Mentor <input type="checkbox"/> Perthese <input type="checkbox"/> Polytech Silimed <input type="checkbox"/> Annan		
<b>Implantat, form</b> <input type="checkbox"/> Rund <input type="checkbox"/> Anatomisk		
<b>Implantat, yta</b> <input type="checkbox"/> Slät <input type="checkbox"/> Texturerad		
<b>Implantat, fyllnad</b> <input type="checkbox"/> Silikongel <input type="checkbox"/> Koksalt <input type="checkbox"/> Kombination Referensnummer för implantat.....		
<b>Lambårekonstruktion, stjätkad (utan implantat) (HAE10)</b> <input type="checkbox"/> LTD (killambå) (HAE10 + ZZR05) <input type="checkbox"/> LD (latissimus dorsi) (HAE10 + ZZR10) <input type="checkbox"/> TRAM (HAE10 + ZZR10) <input type="checkbox"/> Annan (HAE10), ange tilläggs kod .....		<b>Lambårekonstruktion, mikrovask (utan implantat) (HAE10)</b> <input type="checkbox"/> TRAM (HAE10 + ZZQ10) <input type="checkbox"/> DIEP (HAE10 + ZZQ00) <input type="checkbox"/> Annan (HAE10), ange tilläggs kod .....
<b>MAMILLREKONSTRUKTION</b>		<b>AREOLAREKONSTRUKTION</b>
Mamillrekonstruktion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (om ja, vg ange teknik) Operationsdatum: ..... <input type="checkbox"/> Delning från andra mamill <input type="checkbox"/> Lokal lambå <input type="checkbox"/> Retransplantation av mamilltopp <input type="checkbox"/> Tatuering <input type="checkbox"/> Annan teknik		Areolarekonstruktion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (om ja, vg ange teknik) Operationsdatum: ..... <input type="checkbox"/> Delning från andra areola <input type="checkbox"/> Fullhud från ljumske <input type="checkbox"/> Tatuering <input type="checkbox"/> Annan teknik