

<b>NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR BRÖSTREKONSTRUKTIONER</b>	<b>SEKUNDÄRA KORREKTIONER/REKONSTRUKTION</b> <b>Formulär 4</b> På grund av komplikation/följdtillstånd efter tidigare bröstrekonstruktion Gäller patienter registrerade i INCA med bröstcancerdiagnos fr.o.m. 2008 Gäller patienter med påbörjad rekonstruktion fr.o.m. 2011-10-01 Ej pga. recidiv
Sjukhus, klinik.....	Personnummer.....
Endast huvudoperatör.....	Namn.....
Rapporteringsdatum..... (år-mån-dag)	
Bröstcancer tidigare, sida <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Endast hereditet ej cancer	
Ingrepp sida: <input type="checkbox"/> Höger                      Operationsdatum..... <input type="checkbox"/> Vänster                      Operationsdatum..... Ingrepp sker i: <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Slutenvård                                      Ingrepp sker i: <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Slutenvård	
<b>Höger -specificera ingrepp (ev. flera)</b> <input type="checkbox"/> Ventilvändning/ slangpluggning (TQX30) <input type="checkbox"/> Ärrkorrektio n (QBE30) <input type="checkbox"/> Fettransplantation (HAD99+ZZF00) <input type="checkbox"/> Kapselklyvning/excision (HAD55/57) <input type="checkbox"/> Implantatbyte (HAD50+HAE00) <input type="checkbox"/> Protes ut (HAD50) <input type="checkbox"/> Abdominal advancement (HAD99) <input type="checkbox"/> Reduktionsplastik (HAD30/35) <input type="checkbox"/> Mastopexi (enbart hudresektion) (HAD40) <input type="checkbox"/> Förstoringsplastik (HAD10) <input type="checkbox"/> Fettsugning (HAD20) <input type="checkbox"/> Implantat för ny rekonstruktion (HAE00) <input type="checkbox"/> Dermisplatta <b>Ny lambå för rekonstruktion</b> <i>(annan rekonstruktion)</i> <input type="checkbox"/> Lambå med implantat (HAE05) <input type="checkbox"/> Lambå utan implantat (HAE10) <input type="checkbox"/> Stjätkad lambå (ZZR05/10) <input type="checkbox"/> Mikrovaskulär lambå (ZZQ00/10) Referensnummer för implantat.....	<b>Vänster -specificera ingrepp (ev. flera)</b> <input type="checkbox"/> Ventilvändning/ slangpluggning (TQX30) <input type="checkbox"/> Ärrkorrektio n (QBE30) <input type="checkbox"/> Fettransplantation (HAD99+ZZF00) <input type="checkbox"/> Kapselklyvning/excision (HAD55/57) <input type="checkbox"/> Implantatbyte (HAD50+HAE00) <input type="checkbox"/> Protes ut (HAD50) <input type="checkbox"/> Abdominal advancement (HAD99) <input type="checkbox"/> Reduktionsplastik (HAD30/35) <input type="checkbox"/> Mastopexi (enbart hudresektion) (HAD40) <input type="checkbox"/> Förstoringsplastik (HAD10) <input type="checkbox"/> Fettsugning (HAD20) <input type="checkbox"/> Implantat för ny rekonstruktion (HAE00) <input type="checkbox"/> Dermisplatta <b>Ny lambå för rekonstruktion</b> <i>(annan rekonstruktion)</i> <input type="checkbox"/> Lambå med implantat (HAE05) <input type="checkbox"/> Lambå utan implantat (HAE10) <input type="checkbox"/> Stjätkad lambå (ZZR05/10) <input type="checkbox"/> Mikrovaskulär lambå (ZZQ00/10) Referensnummer för implantat.....