

Sjukhus, klinik	Patientdata
<input type="checkbox"/> Komplet registrering kan inte utföras pga att uppgifter saknas	Insändes till Regionalt cancercentrum

Komplikationer

Datum för uppföljning

Postoperativa komplikationer Nej Ja, ange nedan

	Clavien gradering					
	2	3a	3b	4a	4b	5 (död)
Infektiösa						
Pneumoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UVI	<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"/>
Kardiovaskulära						
Hjärtinfarkt	<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"/>
Arytmi	<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"/>
Lungemboli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurokirurgiska						
Postoperativ sårinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postoperativt symtomgivande hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrocephalus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likvorläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postoperativa kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebral infarkt	<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.

Nyttillkomna epileptiska anfall, postoperativt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			
Nyttillkomna neurologiska bortfall	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			
Övergående neurologiska bortfall i fullständig regress vid dag 30 postoperativt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Dysfasi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			Pares/Plegi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			Kranialnervspåverkan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			Kognitiva symtom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kvarstående neurologiska bortfall > 30 dagar postoperativt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Dysfasi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			Pares/Plegi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			Kranialnervspåverkan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			Kognitiva symtom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja