

KIRURGISK BEHANDLING – Svenska Hypofysregistret

Postoperativa komplikationer

Inrapportör _____	Personnummer _____
Sjukhus/klinik _____	Namn _____

Postoperativa komplikationer (upp till 30 dagar efter operation – skickas in tidigast 30 dagar efter operation)
<input type="checkbox"/> Inga komplikationer
<input type="checkbox"/> Behandlingskrävande post-operativt likvorläckage <input type="checkbox"/> Lumbaldrän <input type="checkbox"/> Operativ tätning
<input type="checkbox"/> Intrasellärt hematom/pneumocephalus som krävt åtgärd
<input type="checkbox"/> Meningit/encephalit
<input type="checkbox"/> Lambåinfektion
<input type="checkbox"/> Ögonmuskelpares
<input type="checkbox"/> Försämring av visus/synfält (ögonläkarbedömning)
<input type="checkbox"/> Lungemboli
<input type="checkbox"/> Djup ventrombos
<input type="checkbox"/> Annan cerebral blödning/infarkt/kärlskada: _____
<input type="checkbox"/> Annat. Ange vad: _____
<input type="checkbox"/> Avliden. Dödsorsak: _____