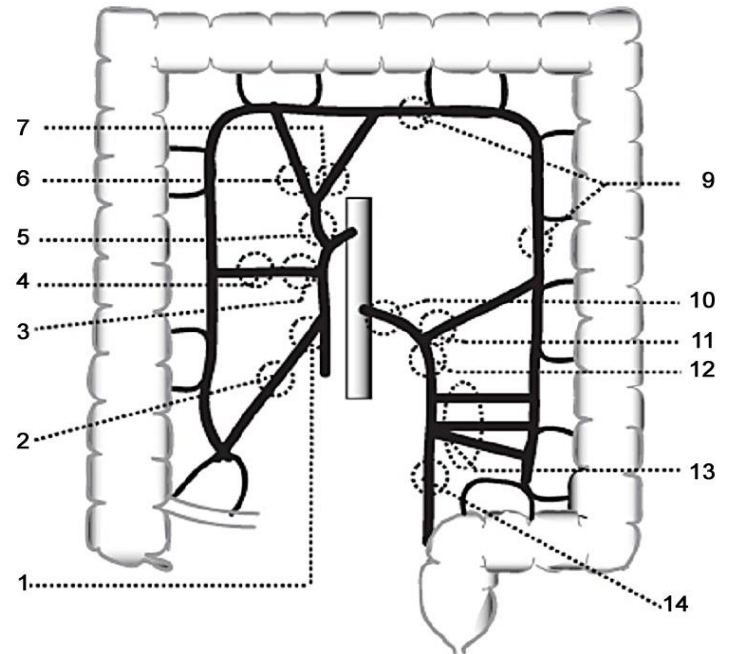


Opererande / behandlande Sjukhus, klinik		Personnr	
.....		Namn	
Läkare		<i>Insändes till</i>	
Inrapporteringsdatum År-mån-dag		Regionalt cancercentrum	
Insändes efter operation till resp Regionalt cancercentrum (kopia kan behållas i journal)			
Preoperativa åtgärder			
Preop peroral tarmförberedelse <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Avlastning före resektion/ resektionsförsök <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - om ja, Intentionen temporär <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Stent <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Stomi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Kirurgisk åtgärd			
Kirurgisk eller endoskopisk åtgärd syftande mot primärtumör <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja →		Åtgärdsdatum År-mån-dag	
Om Nej - Orsak:		Om Ja - Kirurgisk åtgärd	
<input type="checkbox"/> Klin komplett remission och aktiv monitorering (watchful waiting)		<input type="checkbox"/> Enbart stent	
<input type="checkbox"/> Ålder/komorbidity		<input type="checkbox"/> Endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd)	
<input type="checkbox"/> Spridd sjukdom		<input type="checkbox"/> Operation	
<input type="checkbox"/> Pat vill ej		<input type="checkbox"/> Enbart stomi	
<input type="checkbox"/> Annat, vad			
Elektiv/akut operation		Definitiv tumörlokal	
<input type="checkbox"/> Elektiv		<input type="checkbox"/> Colon – v g fyll i tumörläge →	
<input type="checkbox"/> Akut op pga:		<input type="checkbox"/> Rektum	
<input type="checkbox"/> Ileus			
<input type="checkbox"/> Perforation/abscess			
<input type="checkbox"/> Blödning			
<input type="checkbox"/> Annat, vad			
Tumörläge			
1 <input type="checkbox"/> Appendix			
2 <input type="checkbox"/> Caecum			
3 <input type="checkbox"/> Ascendens			
4 <input type="checkbox"/> Flexura hepatica			
5 <input type="checkbox"/> Transversum			
6 <input type="checkbox"/> Flexura lienalis			
7 <input type="checkbox"/> Descendens			
8 <input type="checkbox"/> Sigmoidium			
9 <input type="checkbox"/> Ej bedömbart			
Utförd operation		Markera nivå för proximal kärlligatur/-er i figuren	
1 <input type="checkbox"/> Ileocekal resektion		<input type="checkbox"/> Placering av proximal kärlligatur ej angivet <input type="checkbox"/> Ej tillämpligt	
2 <input type="checkbox"/> Högersidig hemikolektomi			
3 <input type="checkbox"/> Transversumresektion			
4 <input type="checkbox"/> Vänstersidig hemikolektomi			
5 <input type="checkbox"/> Sigmoidiumresektion			
6 <input type="checkbox"/> Kolektomi			
7 <input type="checkbox"/> Främre resektion <input type="checkbox"/> utan reservoir			
8 <input type="checkbox"/> Rektumamputation -Intersfinterisk <input type="checkbox"/> m reservoir / sida-ända <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
9 <input type="checkbox"/> Hartmann's operation			
10 <input type="checkbox"/> TEM			
11 <input type="checkbox"/> Lokal excision			
12 <input type="checkbox"/> Laparotomi utan resektion			
14 <input type="checkbox"/> Appendektomi			
TME (Total mesorectal excision) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Resektion av annat organ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om Ja: Specificera			
Samtidig levermetastasop <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Cytoreduktiv kirurgi + hipec <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Samtidig levermetastasop <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Laparoskopisk operation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om Ja:- Robotassisterad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
- Konverterad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Skyddande stomi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Permanent stomi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Perop sköljning av rektum <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Perforation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - Tumörnära perforation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej angivet			
Operationen bedömdes:		- Preoperativ/iatrogen perforation <input type="checkbox"/> Preoperativ <input type="checkbox"/> Iatrogen <input type="checkbox"/> Ej angivet	
- Lokalt radikal <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej bedömbart			
- Kurativ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej bedömbart			
Kirurgisk kompetens vid op <input type="checkbox"/> ST/ul		Knivtid Start kl: ____ : ____ Slut kl: ____ : ____	
(kryssa i samtliga)		ASA-klass (enligt anestesijournal):	
<input type="checkbox"/> Specialist		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Spec, kolorektal inriktning		Perop blödning (enligt anestesijournal): ml	
<input type="checkbox"/> Ackrediterad kolorektalkirurg		Preparat skickat till patol avd	
Längd: cm <input type="checkbox"/> Längd ej dokumenterad			
Vikt: kg <input type="checkbox"/> Vikt ej dokumenterad			

Markera nivå för proximal kärlligatur/-er i figuren
 Placering av proximal kärlligatur ej angivet Ej tillämpligt



Om a colica dx avgick från a ileocolica;
 markera 1 om Ni tog med a col dx; 2 om Ni sparade den