



Personnummer (11 siffer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato for innhenting av opplysninger

å	å	å	å	m	m	d	d

Type intervensjon

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kirurgisk intervensjon | <input type="checkbox"/> Ingen intervensjon bestemt av lege |
| <input type="checkbox"/> Medisinsk intervensjon | <input type="checkbox"/> Ingen intervensjon bestemt av pasient |
| <input type="checkbox"/> Kirurgisk og medisinsk intervensjon | <input type="checkbox"/> Ikke møtt |

Medisinsk intervensjon

Biologisk behandling

- Adalimumab eller biosimilar
- Infliximab eller biosimilar
- Andre

Spesifiser andre

.....

.....

Antibiotika behandling

- Ja
- Nei

Hvilken systemisk antibiotikabehandling settes i gang?

- Tetracyclin eller Lymecyclin
- Rifampicin og Clindamycin
- Amoxicillin med clavulansyre
- Andre

Spesifiser andre

.....

Antiinflammatorisk behandling

Hvilken systemisk antiinflammatorisk behandling settes i gang?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acitretin | <input type="checkbox"/> Prednisolon |
| <input type="checkbox"/> Dapson | <input type="checkbox"/> Isotretinoin |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporin | <input type="checkbox"/> Metformin |
| | <input type="checkbox"/> Andre |

Spesifiser andre

.....

.....

Analgetika

Hvilken smertestillende behandling brukes på intervensjonstidspunktet?

- NSAID
- Paracetamol
- Opioider eller morfinpreparater
- Andre

Spesifiser andre

.....

Lokal medisinsk behandling

Veiledende behandlingsforslag

	Ja	Nei
Triamcinolon 10 mg/ml inj i aktiv lesjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clindamycin lokal behandling (f.eks. x 2 daglig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resorcinol 15 % (f.eks. x 2 daglig til synlig bedring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acelacic acid (Azelainsyre) (f.eks x 1 daglig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kirurgisk intervensjon

Type kirurgi (sett ett eller flere kryss)

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Eksisjon lukket med sutur | 3 <input type="checkbox"/> Eksisjon med påfølgende hudtransplan-
tasjon | 5 <input type="checkbox"/> Deroofing |
| 2 <input type="checkbox"/> Eksisjon med åpen granulering og
sekundær tilheling | 4 <input type="checkbox"/> CO ₂ laser | 6 <input type="checkbox"/> Annen |

Operasjonstid

- 1 <10 minutter
- 2 10-20 minutter

Type anestesi

- 3 20-30 minutter Lokal
- 4 >30 minutter Narkose/generell anestesi

Største diameter på operasjonsfelt

- 1 <5 cm
- 2 5-10 cm

Intraoperativ blødning med behov for:

- | | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------------------------|------------------------------|
| 3 <input type="checkbox"/> 10-15 cm | Diatermi | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 4 <input type="checkbox"/> >15 cm | Ligering | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

Lokalisasjon for kirurgi

Aksille

Armhule/diagonalt fra overarm til pectoralis Ja Nei Ukjent

Aksille Høyre Venstre Ukjent

Perianalt

Området nærmest inntil anus, inntil 5 cm fra analåpning Ja Nei Ukjent

Perianalt Høyre Venstre Ukjent

Lyske

Kløften mellom lår og mage medialt diagonalt Ja Nei Ukjent

Lyske Høyre Venstre Ukjent

Glutealt

Sete Ja Nei Ukjent

Glutealt Sentralt Høyre Venstre Ukjent

Pubis

Trapesformet og hårbevekst området på nedre abdomen Ja Nei Ukjent

Pubis Sentralt Høyre Venstre Ukjent

Mammae

Brystene og området mellom og under brystene Ja Nei Ukjent

Mammae Høyre Venstre Ukjent

Genitalt

Kjønnsorgan og perineum Ja Nei Ukjent

Genitalt Høyre Venstre Ukjent

Annen lokalisasjon

Lår, mage, rygg, nakke og andre områder Ja Nei Ukjent

Lår Mage Rygg Nakke Andre

Spesifiser andre _____