

Pasientdata (Barkode) (må fylles ut)

Navn	
Adresse	
Fødselsnr. (11 siffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Sykehus

Før operasjon, dato for utfylling:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			Måned		Dag	

Antatt etiologi (må fylles ut, flere kryss mulig)

Ukjent	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Obstetrisk skade	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Annet traume	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Tidligere perineal kirurgi*	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Annen bekkenkirurgi**	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Nevrologisk sykdom/ nerveskade	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Seneffekt cancerbehandling	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>

Tidligere behandling for analinkontinens (må fylles ut, flere kryss mulig)

Gjennomført konservativt behandlingsforløp***	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Anal injeksjon	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Sakral nervemodulering	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
hvis "Ja": kun gjennomført test	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
hvis "Nei" implantert stimulator	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Sfinkterplastikk	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Kirurgi for rectalprolaps	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Tidligere stomi	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Sphinkkeeper/gatekeeper	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Annet	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>

Informasjon oppfølging

Har du informert pasienten om oppfølgingskjema ved 1 og 5 år	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	-----	--------------------------

Samtykkeerklæring underskrevet	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

* Med tidligere perineal kirurgi menes perineal abscess/fistelkirurgi, hemoroidekirurgi og spinkterotomi, samt anorektal prolaps.

** Med annen bekkenkirurgi menes hysterectomi, vaginal plastikk, genitalprolaps.

*** I henhold til nasjonale faglige retningslinjer for konservativ behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser

Endoanal ultralyd (fylles ut før sfinkterplastikk eller SNM)

Er endoanal ultralyd utført?

Nei Ja Ja, men ukjent resultat

Vurdering i midtre analkanal midtveis mellom distale begrensning av puborectalslyngen og den distale begrensning av eksterne sfinkter

Kun partiell defekt i ytre sfinkter*

Nei Ja

*Defekt som omfatter >50% av sfinkertykkelsen

Fullveggsdefekt i ytre sfinkter

Nei Ja

Hvis ja , utstrekning av defekt fra kl til kl antall timer

Hvis ja , utstrekning ukjent

Fullveggsdefekt i indre sfinkter

Nei Ja

Hvis ja , utstrekning av defekt fra kl til kl antall timer

Hvis ja , utstrekning ukjent

Rectal sensibilitet

Første sensibilitet _____ ml

Defekasjonstrang _____ ml

Maks tolerabelt volum _____ ml

Øvrig

Kommentarer