

Pasientdata (Barkode)		(må fylles ut)	
Navn		Sykehus	
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Operasjonsdato <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År Måned Dag

Leie		Tømmingsregime (må fylles ut)	
Rygg	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Peroral tarmtømming	<input type="checkbox"/>
Mage	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Klyx/klyster	<input type="checkbox"/>
		Ingen	<input type="checkbox"/>

Anestesi			
Narkose	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Hvis ja, med muskelrelaksasjon	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Spinal	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		

Antibiotika			
Peroperativ antibiotika	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Postoperativ antibiotika (utover operasjonsdøgnet)	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		

Prosedyrer og peroperative hendelser			
Ende til ende-sutur av eksterne sfinkter	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Overlappende sutur av eksterne sfinkter	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Separat sutur av interne sfinkter	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Levatorsutur	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Perineal plastikk*	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Samtidig lukking av fistel	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Hvis ja, til perineum	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
til vagina	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Peroperativ perforasjon av anus/rektum	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		

*rekonstruksjon av hud og/eller bløtvev mellom endetarmsåpning og vagina

Komplikasjoner innen 30 dager			
Postoperative komplikasjoner	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
<i>Hvis ja,</i>			
blødning som krever reoperasjon eller lokalbehandling/hematomevakuering	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
sårinfeksjon som krever lokalbehandling eller antibiotikaterapi	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
sårdehisens løsning av > 4 suturer	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		

Henvist til postoperativ fysioterapi	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--

Øvrig	
Kommentarer	