

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

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"/>
til urethra	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"/>
Hvis ja,				
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
