

Registreringsskjema for pasienter som opereres i ryggen

Pasientdata (Barkode)	
Navn _____	
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"/>
Innleggelsesdato	<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"/>
	dag måned år
Hoved-operatør (erfaring)	
Jobber du hovedsakelig som spinalkirurg til daglig?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
I hvor mange år har du drevet regelmessig med spinalkirurgi	
<input type="checkbox"/> <1år <input type="text"/> <input type="text"/> flere år (antall)	
Har du hatt assistent under operasjonen? <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja, mer erfaren <input type="checkbox"/> Ja, like erfaren <input type="checkbox"/> Ja, mindre erfaren	
Tidligere ryggoperasjon	
Tidligere ryggoperert? (sett inntil to kryss)	
<input type="checkbox"/> Ja, samme nivå <input type="checkbox"/> Ja, annet nivå <input type="checkbox"/> Nei	
- Pasienten har vært operert <input type="text"/> <input type="text"/> ganger tidligere i LS-kolumna	
Angi en type operasjon som best beskriver siste tidligere inngrep	
<input type="checkbox"/> Prolapskirurgi	<input type="checkbox"/> Skiveprotese
<input type="checkbox"/> Mikrodekompressjon for spinal stenose	<input type="checkbox"/> Fusjonskirurgi
<input type="checkbox"/> Laminektomi spinal stenose	<input type="checkbox"/> Fjerning/revisjon av implantat
Bruk av blodfortynnende medisin eller immunosupprimerende behandling:	
Står pasienten fast på blodfortynnende medisin?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvilken? _____	
Evt. seponert dato:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	dag måned år
Postoperativ tromboseprofylakse gitt ifm operasjon?	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvilket _____ første dose gitt preoperativt <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Steroider <input type="checkbox"/> Annen immunosuppressiv behandling	
Andre relevante sykdommer, skader eller plager (Sett eventuelt flere kryss)	
<input type="checkbox"/> Nei	
Ja, spesifiser:	<input type="checkbox"/> Polyneuropati
<input type="checkbox"/> Reumatoid artritt	<input type="checkbox"/> Vaskulær claudicatio
<input type="checkbox"/> Mb. Bechterew	<input type="checkbox"/> Kronisk lungesykdom
<input type="checkbox"/> Annen reumatisk sykdom	<input type="checkbox"/> Kreftsykdom
<input type="checkbox"/> Hofte- eller kneartrose	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Depresjon / Angst	<input type="checkbox"/> Osteoporosebrudd i Th/L columna
<input type="checkbox"/> Generalisert smertesyndrom	<input type="checkbox"/> Hypertensjon
<input type="checkbox"/> Kronisk neurologisk sykdom	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Cerebrovaskulær sykdom	<input type="checkbox"/> Annen endokrin sykdom
<input type="checkbox"/> Hjerte eller karsykdom	<input type="checkbox"/> Prostatisme
Annet, spesifiser _____	

Radiologisk vurdering (Sett eventuelt flere kryss)	
1. Undersøkelse	
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Med fleksjon/ekstensjon
<input type="checkbox"/> MR	Antall mm translasjon:.....
<input type="checkbox"/> Røntgen LS-columna	Grader vinkelendring:.....
<input type="checkbox"/> Diagnostisk blokade	<input type="checkbox"/> Facettledd <input type="checkbox"/> Nerverot
2. Funn	
<input type="checkbox"/> Prolaps	<input type="checkbox"/> Istmisk spondylolyse
<input type="checkbox"/> Intraforaminalt prolaps	<input type="checkbox"/> Istmisk spondylolistese
<input type="checkbox"/> Ekstremt lateralt/ekstraforaminalt prolaps	Meyerding grad(1-5)
<input type="checkbox"/> Sentral spinal stenose	<input type="checkbox"/> Degenerativ spondylolistese (på MR) antall mm:.....
<input type="checkbox"/> Lateral/recess stenose	<input type="checkbox"/> Degenerativ skoliose
<input type="checkbox"/> Foraminal stenose	<input type="checkbox"/> Kyfotisk feilstilling
<input type="checkbox"/> Kun skivedegenerasjon/spondylose uten nerve affeksjon	<input type="checkbox"/> Synovial cyste
Har pasienten Modic forandringer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Modic type I	<input type="checkbox"/> Modic type II
<input type="checkbox"/> Aktuelt nivå	<input type="checkbox"/> Aktuelt nivå
<input type="checkbox"/> Annet nivå	<input type="checkbox"/> Annet nivå
Operasjon for skoliose/kyfose? (Sett eventuelt flere kryss) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Cobbs vinkel hovedkurve.....°	PT (Pelvic tilt)°
SVA (Sagittal vertikal akse)cm	SS (Sacral slope)°
PI (Pelvic incidence)°	LL (Lumbal lordose)°
Neurologiske symptomer og funn	
<input type="checkbox"/> Parese, Grad (0-5): Se eventuelt rettledning	
Varighet: (Sett ett kryss)	
<input type="checkbox"/> Mindre enn 24 timer, evt. antall timer	
<input type="checkbox"/> Mindre enn en uke, evt. antall døgn	
<input type="checkbox"/> 1 uke til 3 mnd, evt. antall uker	
<input type="checkbox"/> Mer enn 3 mnd	
<input type="checkbox"/> Cauda equina syndrom	
Varighet: (Sett ett kryss)	
<input type="checkbox"/> Mindre enn 24 timer, evt. antall timer	
<input type="checkbox"/> Mindre enn en uke, evt. antall døgn	
<input type="checkbox"/> 1 uke til 3 mnd, evt. antall uker	
<input type="checkbox"/> Mer enn 3 mnd	
Positiv Lasegue (under 60°)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Fleksjonslindring	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Operasjonskategori	
<input type="checkbox"/> Elektiv <input type="checkbox"/> Øyeblikkelig hjelp <input type="checkbox"/> halvøyeblikkelig hjelp (håndtert raskere enn ordinær ventetid, men ikke ø.hjelp)	
Dagkirurgi (ingen døgnopphold på avdelingen)	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

ASA-klassifisering (Sett ett kryss)

- I Ingen organisk, fysiologisk, biokjemisk eller psykisk forstyrrelse.
- II Moderat sykdom eller forstyrrelse
- III Alvorlig sykdom eller forstyrrelse
- IV Livstruende organisk sykdom
- V Døende pasient

Operasjonsmetode (Sett eventuelt flere kryss)

Ble trygg kirurgi («safe surgery») prosedyre gjennomført? (sett ett eller to kryss)

- Ja, ved start Ja, ved avslutning Nei

Har operatøren brukt synsfremmende midler?

- Nei Mikroskop Lupebriller Endoskop

Bruk av datastyrt navigasjon?

- Ja Nei

Prolapsekstyrpasjon?

- Nei
- Ja, med tømning av skive (diskektomi)
- Ja, uten tømning av skive

Kirurgisk dekompresjon

- Dekompresjon med bevaring av midtlinjestrukturer
- Unilateral
- Bilateral med unilateral tilgang
- Bilateral med bilateral tilgang

Prosessus spinosus osteotomi

Laminektomi

Andre operasjonsmetoder

- Perkutan fusjonskirurgi
- Fjerning av osteosyntesemateriale
- Skiveprotese
- PSO/Kileosteotomi
- Fusjon ved ryggsmarter uten utstråling (ingen dekompresjon)
- Interpedikulær osteotomi (Ponte/Smith Pettersen)
- Revisjon av osteosyntesemateriale

Annet, spesifiser _____

Tilgang: (Sett ett kryss)

- Midtlinje (bakre) Lateral tilgang (Wiltz)
- Fremre Ekstraforaminal tilgang via midtlinje

Nivå dekomprimert (Sett eventuelt flere kryss)

- Th12/L1 L1/2 L2/3 L3/L4
- L4/L5 L5/S1 Annet nivå _____

Antall nivå dekomprimert: _____

Fusjonskirurgi (instrumentell / ikke instrumentell)

- Ja Nei Hvis Ja:
- Posterolateral fusjon Instrumentell
- Ikke instrumentell
- ALIF PLIF
- TLIF XLIF

Type bengraft (Sett eventuelt flere kryss)

- Autograft Lokalt ben (Sett evt. to kryss)
- Fra hoftekam
- Bensubstitutt
- Bank-ben

Nivå fusjonert

Øverste nivå, f.eks. Th11 Nederste nivå, f.eks. S1

Antall nivå fusjonert: _____

Brukt ileumskruer: Ja Nei

Hvis Ja: Unilateralt Bilateralt

Sementerte skruer

Brukt sementerte skruer Ja Nei

Antibiotikaprofylakse

- Nei Ja, spesifiser
- Medikament:..... Dose:..... Antall:.....
- Eks: Keflin 2g x1
- Kun operasjonsdagen
- Evt. antall døgn.....

Sårdren

Ja Nei

Knivtid (hud til hud)

Opr. start (klokkeslett) (timer/min)

Opr. slutt (klokkeslett) (timer/min)

Evt. samlet knivtid (kalkuleres automatisk). (timer/min)

Peroperative komplikasjoner:

- Durarift/liquorlekasje
- Nerverotskade
- Operert på feil nivå/side
- Feil plassering av implantat
- Transfusjonskrevende peroperativ blødning
- Respiratoriske komplikasjoner
- Kardiovaskulære komplikasjoner
- Anafylaktisk reaksjon
- Annet, spesifiser _____

Oppgi inntil to operasjonskoder som best beskriver inngrepet (NCSP):

Fylles ut ved endt opphold/utskrivelse

Utskrivelsesdato

dag måned år

Følge av komplikasjoner under innleggelsen

- Dødsfall
- Reoperert under aktuell innleggelse