Skjema for årskontrollar

1 år □ 2år □ 5år □ 10år □

**Se *Håndbok for utfylling av variabler i SOReg-N* for forklaringer av variablene**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Har pasienten utgått fra registeret?** | Nei □ | | Ja □ |
| **Hvis ja, er pasienten død?** | Nei □ | | Ja □ |
| **Hvis pasienten er død:** | **Dødsdato:** | | **Dødsårsak:**  □ Infeksjons-sykdom ICD A+B,  □ Tumorsykdom ICD c  □ Hjerte-karsykdom ICD I  □ Lungesykdom ICD J □ Ulykke og selvmord ICD S-Y □ Øvrige ICD koder □ Ukjent dødsårsak |
| **Annen årsak til at pasienten er utgått fra registeret** | □ Ønsker ikke å delta | | □ Andre årsaker |
| **1-årskontroll**  **Har pasienten vært innlagt på sykehus mellom dag 31 og denne kontrollen?** | Nei □ Ja □ □ Vet ikke | | |
| **2-, 5-, 10-årskontroll:**  **Har pasienten vært innlagt på sykehus siden forrige registrering?** | Nei □ Ja □ □ Vet ikke | | |
| **Substitusjon** |  | |  |
| **Har pasienten tatt substitusjon regelmessig det siste året?** | Nei □ | | Ja □ |
| **Hvis ja** | **Multivitamin med eller utan jern** | | Nei □ Ja □ |
|  | **B12** | | Nei □ Ja □ |
|  | **Folsyre** | | Nei □ Ja □ |
|  | **D-vit+Ca** | | Nei □ Ja □ |
|  | **Oralt jern** | | Nei □ Ja □ |
|  | **Parenteralt jern** | | Nei □ Ja □ |
|  | **Komplett substitusjonspreparat** | | Nei □ Ja □ |
| **Type oppfølging** |  | |  |
| **Type oppfølging** | □ Frammøte  □ Per telefon eller via nettmøte  □ Per brev/mail eller annen skriftlig kontakt.  □ Ingen kontakt med pasienten tross gjentatte forsøk  □ Intet forsøk har vært gjort for å følge opp pasienten. | |  |
| **Oppfølgingsdato** |  | |  |
| **Har pasienten blitt gastroskopert siden forrige registrering?** | □ Nei | □ ja, men svar kan ikke innhentes | □ Ja  **Hvis ja, se eget skjema for gastroskopi** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Operasjoner** |  |  |
| **1-årskontroll:**  **Er pasienten operert mellom dag 31 og denne kontrollen, eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?** | □ Nei | □ Ja |
| **2-, 5-, 10-årskontroll:**  **Er pasienten operert siden forrige registrering eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?** | □ Nei | □ Ja |
| **Hvis ja:** | **Er en revisjonsoperasjon utført?** | □ Ja □ Nei |
|  | **Operert for lekkasje, perforasjon eller abscess?** | □ Ja □ Nei |
|  | **Operert for ileus?** | □ Ja □ Nei |
|  | **Operert for annen komplikasjon eller mistanke om komplikasjon?** | □ Ja □ Nei |
|  | **Hva slags operasjon?** |  |
|  | **Annen operasjon siden forrige registrering?** | □ Ja □ Nei |
|  |  | **Kolecystektomi**  □ Nei □ Ja |
|  |  | **Gynekologisk operasjon**  □ Nei □ Ja |
|  |  | **Plastikkirurgisk operasjon**  □ Nei □ Ja |
|  |  | **Annen operasjon**  □ Nei □ Ja |
|  |  | **Hvilken annen operasjon?** |
| **Har slitsene blitt korrigert ved noen av de registrerte operasjonene?** | □ Ja □ Nei | |
| **Hvis ja:** | Sutur av EA-slitsen? | □ Ja □ Nei |
|  | Sutur av Petersens rom? | □ Ja □ Nei |
|  | Sutur av mesoslitsen? | □ Ja □ Nei |
|  | Annet slitstiltak, for eksempel komplettering etter tidligere lukking? | □ Ja □ Nei |
|  | Vurdering av tarm ved operasjon | 1 Ingen tarm i slits, ingen ileustegn □  2 Tarm i slits, ingen ileustegn □  3 Ingen tarm i slits, med ileustegn □  4 Tarm i slits, med ileustegn □ |
|  | Vurdering av tarm ved operasjon | 1 Ingen tarm i slits, ingen ileustegn □  2 Tarm i slits, ingen ileustegn □  3 Ingen tarm i slits, med ileustegn □  4 Tarm i slits, med ileustegn □ |
| **Komplikasjon** |  |  |
| **1-årskontroll:**  **Komplikasjoner mellom dag 31 og denne kontrollen?** | □ Nei | □ Ja |
| **2-, 5-, 10-årskontroll:**  **Komplikasjoner siden forrige registrering** | □ Nei | □ Ja |
| **Hvis ja:** | **Perforasjon/lekkasje/**  **abscess** | □ Ja □ Nei |
|  |  | **Stent**  □ Nei □ Ja |
|  |  | **Drenasje/skyll eller lignende**  □ Nei □ Ja |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Suturering/stifting eller lignende**  □ Nei □ Ja |
|  | **Utkobling**  □ Nei □ Ja |
|  | **Lekkasjens lokalisering**  □ Prox. Ventrikkel/øsofagus  □ Distale eller midtre ventrikkel  □ Gastro-entero eller duodeno-enteroanastomose  □ Tynntarm  □ Entero-enteroanastomose  □ Multiple lokalisasjoner  □ Annen eller ukjent lokalisasjon |
| **Ileus** | □ Ja □ Nei |
|  | **Hvilken type ileusoperasjon?**  □ Åpen operasjon  □ Laparoskopisk operasjon |
|  | **Tynntarmsreseksjon**  □ Nei  □ Under 1 meter reseksjon.  □ Over 1 meter reseksjon, men mer enn 1,5 meter igjen.  □ Mindre enn 1,5 meter tynntarm igjen. |
|  | **Ileusmekanisme**  □ EA slitsen  □ Petersens rom  □ Adheranse  □ Mesoslitsen  □ Langvarig paralyse  □ Invaginasjon  □ Knekkdannelse  □ Mat/fremmedlegeme  □ Multiple årsaker  □ Annen/ukjent |
| **Brokk i operasjonssåret** | □ Ja □ Nei |
| **Striktur** | □ Ja □ Nei |
| **Dilatasjon** | □ Nei □ Ja  **Hvor mange ganger dilatert:**  …… ganger |
| **Stomalt ulcus** | □ Ja □ Nei |
| **Intervensjonskrevende underernæring** | □ Ja □ Nei |
| **Behandlingskrevende anemi** | □ Ja □ Nei |
| **Følgende fire spørsmål er obligatoriske for BEST-pasienter og frivillige for andre pasienter** |  |
| Har pasienten siden forrige kontroll hatt plager med kvalme/brekninger? | □ Ja □ Nei |
| Har pasienten siden forrige kontroll blitt behandlet for hypoglykemi? | □ Ja □ Nei |
| Har pasienten siden forrige kontroll hatt refluksplager på tross av medikamenter? | □ Ja □ Nei |
| Har pasienten siden forrige kontroll hatt symptomgivende vitamin- eller mineralmangler? | □ Ja □ Nei |
| **Annen komplikasjon** | □ Ja □ Nei |
| **Hvilken annen komplikasjon?** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Alvorlighetsgrad komplikasjon**  □ Grad I: Ingen vesentlige tiltak  □ Grad II: Betydelige farmakologiske tiltak. Inkluderer også blodtransfusjon.  □ Grad III-a: Betydelig inngrep under lokalbedøvelse.  □ Grad III-b: Betydelig inngrep i narkose.  □ Grad IV-a: Intensivbehandling med ett sviktende organ.  □ Grad IV- b: Intensivbehandling med mer enn ett sviktende organ.  □ Grad V: Død | |  |
| **Antropometri** | |  | |  |
| **Høyde** | | cm | |  |
| **Vekt** | | Kg | | Pasienten vegrer seg □ |
| **Bukomfang** | | cm | |  |
| **Graviditet** | |  | |  |
| **Gravid** | | □ Nei | | □ Ja Graviditetsuke: |
| **Blodtrykk** | |  | |  |
| **Systolisk** | | mmHg | |  |
| **Diastolisk** | | mmHg | |  |
| **Komorbiditet** | |  | |  |
| **Pågående behandling**  **Hvis ja:** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Søvnapné** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Hypertoni** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Diabetes, medikamentelt behandlet** | | □ Nei | | □ Ja |
|  | |  | | Type diabetesbehandling: |
|  | |  | | Tablettbehandling (type 2) □ Insulinbehandling (type 2) □  Tablett- og insulinbeh. (type 2) □ Annen behandling(type 2) □  Type 1 diabetes (inkl LADA) □ |
| **Dyslipidemi** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Dyspepsi** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Diaré** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Depresjon** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Muskel/skjelettsmerter** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Annen sykdom oppgitt på basisregistreringen** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Frakturer siden operasjon**  **(kun ved 5 og 10 årskontroller)** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Legemiddel** | |  | |  |
| **Legemiddel for vektnedgang?** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Legemiddel** | | GLP analog □  Bupropion/naltrexon □  Orlistat □ | | Annet legemiddel □ |
| **Kroniske abdominalsmerter** | |  | |  |
| **Har pasienten korniske abdominalsmerter?** | | □ Nei | | □ Ja |
| **Øvrig** | |  | |  |
| **Røyking** | | □ Nei □ Sluttet □ Ukjent □ Ja | | |
| **Labprøver** | |  | |  |
| **Hb** | g/dl | |  | |
| **Glukose** | mmol/l | |  | |
| **HbA1c** | mmol/mol | |  | |
| **Kreatinin** | µmol/l | |  | |
| **Triglyserid** | mmol/l | |  | |
| **LDL** | mmol/l | |  | |
| **HDL** | mmol/l | |  | |
| **S-Albumin** | g/l | |  | |
| **S-CRP** | Mg/L | |  | |
| **PTH** | pmol/l | |  | |
| **S-25-OH-Vitamin D** | nmol/l | |  | |
| **Insulin** | mIE/l | | pmol/mol | |
| **Insulin C-peptid** | nmol/l | |  | |
| **B-Peth** | µmol/l | |  | |
| **Sykehusspesifikke variabler** |  | |  | |
| **Inntektsgivende arbeid?** | □ Nei | | □ Ja | |
| **Stillingsprosent** | % | |  | |
| **Fødsel** | □ Nei | | □ Ja | |
|  |  | | **Hvis ja:** | |
|  |  | | type fødsel:  □ Vaginal  □ Sectio | |
|  |  | | Dato for fødsel: | |
| **Eventuelt andre variabler** |  | |  | |
| **Oppfølging** |  | |  | |
| **Hvor planlegges neste kontroll?** | □ Dette sykehuset | | □ Annet sykehus  Hvilket annet sykehus? | |

**Endringer i denne versjonen:**

*Ikke skriv i endringsloggen. Endringer noteres i «Merknad til denne versjonen» i Dokumentvindu.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Versjon** | **Endring i denne versjonen** |
| 1.01 | Sensitivitetskorreksjon  Forlenget gyldighet til 23.09.2025 |