

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Mage/tarm	Gyldig fra/til: 23.09.2024/23.09.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Laboratorieklinikken/Avd. for medisinsk biokjemi og farmakologi	Versjon: 1.01
Godkjenner: Hege Hoff Skavøy	Skjema
Dok. ansvarlig: Villy Våge	Dok.id: D79306

Operasjonsskjema

Roux-en-y Gastric bypass (RYGBP)

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

Operasjonsdata			
Operasjonsdato			
Preoperativ vektskole	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Preoperativt vekttapsprogram	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Vekt ved operasjon	Kg		
Gastroskopi			
Har gastroskopi blitt utført?	Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, se eget skjema	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men svar kan ikke innhentes <input type="checkbox"/>
Tidligere kirurgi			
Tidligereolecystektomert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Tidligere antirefluxkirurgi?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Tidligere fedmeoperasjon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Hvis ja:	Hvilken tidligere fedmeoperasjon?	Årstall for tidligere fedmeoperasjon?	
Aktuell operasjonsindikasjon (bare hvis tidligere fedmeoperert)			
Aktuell operasjonsindikasjon nå?	Primæroperasjon steg 2 <input type="checkbox"/> For høy vekt <input type="checkbox"/> Øsofagussykdom <input type="checkbox"/> Oppkast <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Malnutrisjon <input type="checkbox"/> Infeksjonskomplikasjon <input type="checkbox"/> Tidligere avbrutt operasjon <input type="checkbox"/> Annen operasjonsindikasjon (spesifiser):		
Kirurgisk tilgang			
Kirurgisk tilgang	Laparoskopisk <input type="checkbox"/> Åpen <input type="checkbox"/> Konvertert <input type="checkbox"/> Endoluminal <input type="checkbox"/>		
Hvis konvertert; årsak?	Blødning <input type="checkbox"/> Stor lever <input type="checkbox"/> Kort meso <input type="checkbox"/> Problem med porter <input type="checkbox"/> Adheranser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problem med instrument <input type="checkbox"/> Annen årsak (spesifiser):		
Operasjonsmetode Gastric bypass (GBP)			
Type Gastric bypass:	Vanlig (roux en-Y) <input type="checkbox"/> Mini gastric bypass <input type="checkbox"/>		
Magasin brukt for konstruksjon av lommen	stk	Mm	
Magasin brukt for konstruksjon av lommen	stk	Mm	
Magasin brukt for konstruksjon av lommen	stk	Mm	
Stiftehøyde lommen	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/> Ulike typer <input type="checkbox"/>		
GE teknikk	Håndsydd <input type="checkbox"/> Sirkulært staplet <input type="checkbox"/> Linjært staplet <input type="checkbox"/> Linjært staplet + håndsydd <input type="checkbox"/>		
Hvis håndsydd, suturmateriale GE:	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>		

Hvis <i>sirkulær</i> stapler, stiftehøyde GE:	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/>
Hvis <i>sirkulær</i> stapler, diameter GE:	21 mm <input type="checkbox"/> 25 mm <input type="checkbox"/> 28 mm <input type="checkbox"/> Annen diameter <input type="checkbox"/>
Hvis <i>sirkulær</i> stapler, hvordan ble hodet til stifteinstrumentet ført inn?	Via esofagus <input type="checkbox"/> Via buken <input type="checkbox"/>
Hvis <i>lineær</i> stapler, stiftehøyde GE:	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/>
Hvis <i>lineær</i> stapler + <i>håndsydd</i> , suturmat. GE:	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>
EA teknikk	Håndsydd <input type="checkbox"/> Sirkulært staplet <input type="checkbox"/> Linjært staplet <input type="checkbox"/> Linjært staplet + håndsydd <input type="checkbox"/>
Hvis <i>håndsydd</i> , suturmateriale EA:	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>
Hvis <i>sirkulær</i> stapler, stiftehøyde EA:	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/>
Hvis <i>sirkulær</i> stapler, diameter EA:	21 mm - 25 mm - 28 mm - Annen diameter
Hvis <i>lineær</i> stapler, stiftehøyde EA:	Grønt <input type="checkbox"/> Blått <input type="checkbox"/> Hvitt <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Lilla <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Grått <input type="checkbox"/>
Hvor mange magasin ble benyttet til EA-anastomosen?	
I hvilken retning ble suturmaskinen brukt for EA?	1 Suturmaskinen ble ført inn i BP-løpet med retning mot Treitz (fra pasientens høyre side) <input type="checkbox"/> 2 Suturmaskinen ble ført inn i BP-løpet med retning fra Treitz (fra pasientens venstre side) <input type="checkbox"/>
Når ble tynntarmen delt? (Om slitsene ikke lukkes, bruk alt 1, 2 eller 4).	1 Etter konstr. av GE, før konstruksjon av EA. <input type="checkbox"/> 2 Etter konstr. av EA, før lukking av slits. <input type="checkbox"/> 3 Etter konstr. av EA, etter lukking av slits. <input type="checkbox"/> 4 På annet tidspunkt. <input type="checkbox"/>
Avstand Treitz-EA	Cm
Avstand GE-EA (Roux-ben)	Cm
Common channel målt?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, cm:
Er omentet delt?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hvor dyp deling av tynntarmskrøset er gjort ved konstruksjon av Roux-benet?	Cm
Roux-benets stilling	Antekolisk <input type="checkbox"/> Retrokolisk <input type="checkbox"/>
Lukking av mesoslitsen (hvis retrokolisk)	Ja enkeltstående sutur <input type="checkbox"/> Ja fortløpende sutur <input type="checkbox"/> Ja klips enkel rad <input type="checkbox"/> Ja klips to eller flere rader <input type="checkbox"/> Ja på annet vis <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Lukking av Petersens rom	Ja enkeltstående sutur <input type="checkbox"/> Ja fortløpende sutur <input type="checkbox"/> Ja klips enkel rad <input type="checkbox"/> Ja klips to eller flere rader <input type="checkbox"/> Ja på annet vis <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Lukking av EA slitsen	Ja enkeltstående sutur <input type="checkbox"/> Ja fortløpende sutur <input type="checkbox"/> Ja klips enkel rad <input type="checkbox"/> Ja klips to eller flere rader <input type="checkbox"/> Ja på annet vis <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvilket materiale ble benyttet?	Ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Knuteløs ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Knuteløs resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Klips ikke resorberbar <input type="checkbox"/> Klips resorberbar <input type="checkbox"/> Forskjellige materialer eller annet vis <input type="checkbox"/>
Grunn til slitshåndtering	Pasienten inngår i slitsstudien <input type="checkbox"/> Klinikkens standardmetode <input type="checkbox"/> Pasientens valg <input type="checkbox"/> Annen årsak <input type="checkbox"/>
Satt bånd på lommen	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Lekkasjetest	
Lekkasjetest utført	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Profylakse	
Antibiotikaprofylakse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Tromboseprofylakse	Nei <input type="checkbox"/> Ja, lavmolekylær heparin høydose <input type="checkbox"/> Ja, lavmolekylær heparin lavdose <input type="checkbox"/> Ja, elektrisk/mekanisk metode f.eks IPC <input type="checkbox"/> Ja, annen profylakse <input type="checkbox"/>
Hvis ja, profylaksens lengde	Dager
starttidspunkt profylakse	Døgnet før operasjon <input type="checkbox"/> På operasjonsdagen, før operasjonsstart <input type="checkbox"/> På operasjonsdagen, etter operasjonsstart <input type="checkbox"/> Annet tidspunkt <input type="checkbox"/>
Hiatushernie	
Ble det identifisert hiatushernie under operasjonen?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Hvis ja, brokkets aksiale lengde?	Cm
Peroperativ komplikasjon	
Peroperative komplikasjoner	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilke?	Miltskade <input type="checkbox"/> Utilsiktet tarmperforasjon <input type="checkbox"/> Annen komplikasjon (spesifiser):
Annen samtidig operasjon	
Annen samtidig operasjon	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken operasjon?	Kolecystectomi <input type="checkbox"/> Gynekologisk operasjon <input type="checkbox"/> Arrbrokk eller navlebrokk <input type="checkbox"/> Splenektomi <input type="checkbox"/> Adheranseløsning mer enn 10 min <input type="checkbox"/> Cruraplastikk?: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja: fremre crurapl. <input type="checkbox"/> bakre crurapl. <input type="checkbox"/> fremre og bakre crurapl. <input type="checkbox"/> Annen operasjon (spesifiser):
Operasjonstid og blødning	
Operasjonstid: Tidspunkt for start og slutt: Operasjonstid (minutter):	
Blødning (ml)	0-99ml <input type="checkbox"/> 100- 499ml <input type="checkbox"/> 500-1500ml <input type="checkbox"/> > 1500 ml <input type="checkbox"/>
Sykehusspesifikke variabler	
Operatør 1:	
Operatør 2:	
Oppfølging	
Hvor planlegges neste kontroll?	Dette sykehuset <input type="checkbox"/> Annet sykehus <input type="checkbox"/> 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