

Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative støttefunksjoner	Gyldig fra/til:30.08.2024/30.08.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Laboratorieklinikken/Avd. for medisinsk biokjemi og farmakologi	Versjon: 1.00
Godkjenner: Hege Hoff Skavøy	Skjema
Dok. ansvarlig: Villy Våge	Dok.id: D79307

Skjema for operasjon Single Anastomosis Sleeve Ileal bypass (SASI) og SASI steg2

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 aktuell operasjonsindikasjon <input type="checkbox"/> Hvilken 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"/> Problem med instrument <input type="checkbox"/> Konvertert pga annen årsak (spesifiser):		
Single Anastomosis Sleeve Ileal Bypass (SASI)			
Bougie størrelse	French		
Hvor langt fra pylorus begynner reseksjonen?	cm		
Første magasintype:	stk	Stiftehøyde: 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"/> Annet	
Andre magasintype:	stk	Stiftehøyde: 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"/> Annet	

Tredje magasintype	stk	Stiftehøyde: 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"/> Annet
Fjerde magasintype	stk	Stiftehøyde: 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"/> Annet
Har stifteraden blitt forsterket?	Nei <input type="checkbox"/> Ja, deler av stifteraden <input type="checkbox"/> Ja, hele stifteraden <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvordan ?	Vanlig sutur (over and over) <input type="checkbox"/> Invaginerende sutur <input type="checkbox"/> Kombinasjon av vanlig og invaginerende <input type="checkbox"/> Med prefabrikkert materiale <input type="checkbox"/> På annen måte eller med andre kombinasjoner <input type="checkbox"/>	
Suturmateriale til stifteradens forsterkning	Resorberbar polyfilament <input type="checkbox"/>	Resorberbar monofilament <input type="checkbox"/>
	Resorberbar knuteløs <input type="checkbox"/>	Ikke resorberbar polyfilament <input type="checkbox"/>
	Ikke resorberbar monofilament <input type="checkbox"/>	Ikke resorberbar knuteløs <input type="checkbox"/>
Hvor langt fra His slutter delingen av magesekken?	cm	
Peroperativ gastroskopi utført?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Er gastrokolisk ligament sydd tilbake på ventrikkelresten?	Ja, enkeltstående suturer <input type="checkbox"/> Ja, fortløpende suturer <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, suturmateriale:	Ikke resorberbar <input type="checkbox"/> resorberbar <input type="checkbox"/>	
Pexi av cardia?	Ja, resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Ja, ikke resorberbar sutur <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
SASI Steg2:		
Ble sleeven revidert?	Nei <input type="checkbox"/> Ja, resleeve <input type="checkbox"/> Ja, pexi <input type="checkbox"/> Ja, resleeve og pexi <input type="checkbox"/> Ja, annet tiltak <input type="checkbox"/> Hvilket annet tiltak?	
Hvor langt fra pylorus begynner anastomosen (GE)?	cm	
Hvor lang ble GE-anastomosen?	cm	
GE 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 GE:	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>	
Hvis <i>sirkulært eller linjært</i> staplet, 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>linjært staplet + håndsydd</i> , suturmateriale GE:	Monofilament <input type="checkbox"/> Polyfilament <input type="checkbox"/>	
Hvis <i>linjært staplet + håndsydd</i> , 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"/>	
Avstanden Treitz – GE-anastomosen målt?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	cm
Common channel målt?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	cm
Er omentet delt	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Tynntarmens leie	Antekolisk <input type="checkbox"/> Retrokolisk <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 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"/>
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"/>
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, angi brokkets aksiale lengde:	cm
Peroperativ komplikasjon	
Peroperative komplikasjon	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken komplikasjon?	Miltskade <input type="checkbox"/> Utilstiktet 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 plastikk <input type="checkbox"/> bakre plastikk <input type="checkbox"/> fremre og bakre plastikk <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
1.00	ingen