

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<b>SOReg - Årskontrollar</b>	
Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative rutiner	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: D79314	

## Skjema for årskontrollar

1 år     2år     5år     10år

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

<b>Har pasienten utgått fra registeret?</b>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja, er pasienten død?</b>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Hvis pasienten er død:</b>	<b>Dødsdato:</b>	<b>Dødsårsak:</b> <input type="checkbox"/> Infeksjons-sykdom ICD A+B, <input type="checkbox"/> Tumorsykdom ICD c <input type="checkbox"/> Hjerte-karsykdom ICD I <input type="checkbox"/> Lungesykdom ICD J <input type="checkbox"/> Ulykke og selvmord ICD S-Y <input type="checkbox"/> Øvrige ICD koder <input type="checkbox"/> Ukjent dødsårsak
<b>Annen årsak til at pasienten er utgått fra registeret</b>	<input type="checkbox"/> Ønsker ikke å delta	<input type="checkbox"/> Andre årsaker
<b>1-årskontroll</b> <b>Har pasienten vært innlagt på sykehus mellom dag 31 og denne kontrollen?</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke
<b>2-, 5-, 10-årskontroll:</b> <b>Har pasienten vært innlagt på sykehus siden forrige registrering?</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke
<b>Substitusjon</b>		
<b>Har pasienten tatt substitusjon regelmessig det siste året?</b>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Hvis ja</b>	<b>Multivitamin med eller utan jern</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>B12</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Folsyre</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>D-vit+Ca</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Oralt jern</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Parenteralt jern</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Komplett substitusjonspreparat</b>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<b>Type oppfølging</b>		
<b>Type oppfølging</b>	<input type="checkbox"/> Frammøte <input type="checkbox"/> Per telefon eller via nettmøte <input type="checkbox"/> Per brev/mail eller annen skriftlig kontakt.	

	<input type="checkbox"/> Ingen kontakt med pasienten tross gjentatte forsøk <input type="checkbox"/> Intet forsøk har vært gjort for å følge opp pasienten.		
<b>Oppfølgingsdato</b>			
<b>Har pasienten blitt gastroskopt siden forrige registrering?</b>	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> ja, men svar kan ikke innhentes	<input type="checkbox"/> Ja <b>Hvis ja, se eget skjema for gastroskopi</b>

Operasjoner		
<b>1-årskontroll:</b> Er pasienten operert mellom <b>dag 31 og denne kontrollen</b> , eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
<b>2-, 5-, 10-årskontroll:</b> Er pasienten operert <b>siden forrige registrering</b> eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Hvis ja:</b>	<b>Er en revisjonsoperasjon utført?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Operert for lekkasje, perforasjon eller abscess?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Operert for ileus?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Operert for annen komplikasjon eller mistanke om komplikasjon?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Hva slags operasjon?</b>	
	<b>Annen operasjon siden forrige registrering?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		<b>Kolecystektomi</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Gynekologisk operasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Plastikkirurgisk operasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Annen operasjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Hvilken annen operasjon?</b>
<b>Har slitsene blitt korrigert ved noen av de registrerte operasjonene?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>Hvis ja:</b>	<b>Sutur av EA-slitsen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Sutur av Petersens rom?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Sutur av mesoslitsen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	<b>Annet slitstiltak, for eksempel komplettering etter tidligere lukking?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

	Vurdering av tarm ved operasjon	1 Ingen tarm i slits, ingen ileustegn <input type="checkbox"/> 2 Tarm i slits, ingen ileustegn <input type="checkbox"/> 3 Ingen tarm i slits, med ileustegn <input type="checkbox"/> 4 Tarm i slits, med ileustegn <input type="checkbox"/>
	Vurdering av tarm ved operasjon	1 Ingen tarm i slits, ingen ileustegn <input type="checkbox"/> 2 Tarm i slits, ingen ileustegn <input type="checkbox"/> 3 Ingen tarm i slits, med ileustegn <input type="checkbox"/> 4 Tarm i slits, med ileustegn <input type="checkbox"/>
<b>Komplikasjon</b>		
<b>1-årskontroll:</b> Komplikasjoner mellom dag 31 og denne kontrollen?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
<b>2-, 5-, 10-årskontroll:</b> Komplikasjoner siden forrige registrering	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja:	<b>Perforasjon/lekkasje/abscess</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		<b>Stent</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		<b>Drenasje/skylt eller lignende</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	<b>Suturering/stifting eller lignende</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
	<b>Utkobling</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
	<b>Lekkasjens lokalisering</b> <input type="checkbox"/> Prox. Ventrikkel/øsofagus <input type="checkbox"/> Distale eller midtre ventrikkel <input type="checkbox"/> Gastro-entero eller duodeno-enteroanastomose <input type="checkbox"/> Tynntarm <input type="checkbox"/> Entero-enteroanastomose <input type="checkbox"/> Multiple lokalisasjoner <input type="checkbox"/> Annen eller ukjent lokalisasjon	
<b>Ileus</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
	<b>Hvilken type ileusoperasjon?</b> <input type="checkbox"/> Åpen operasjon <input type="checkbox"/> Laparoskopisk operasjon	
	<b>Tynntarmsreseksjon</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Under 1 meter reseksjon. <input type="checkbox"/> Over 1 meter reseksjon, men mer enn 1,5 meter igjen. <input type="checkbox"/> Mindre enn 1,5 meter tynntarm igjen.	
	<b>Ileusmekanisme</b> <input type="checkbox"/> EA slitsen <input type="checkbox"/> Petersens rom <input type="checkbox"/> Adheranse <input type="checkbox"/> Mesoslitsen <input type="checkbox"/> Langvarig paralyse <input type="checkbox"/> Invaginasjon <input type="checkbox"/> Knekkdannelse <input type="checkbox"/> Mat/fremmedlegeme <input type="checkbox"/> Multiple årsaker	

	<input type="checkbox"/> Annen/ukjent
<b>Brokk i operasjonssåret</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Striktur</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Dilatasjon</b>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <b>Hvor mange ganger dilatert:</b> ..... ganger
<b>Stomalt ulcus</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Intervensjonskrevende underernæring</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Behandlingskrevende anemi</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Følgende fire spørsmål er obligatoriske for BEST-pasienter og frivillige for andre pasienter</b>	
Har pasienten siden forrige kontroll hatt plager med kvalme/brekninger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har pasienten siden forrige kontroll blitt behandlet for hypoglykemi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har pasienten siden forrige kontroll hatt refluksplager på tross av medikamenter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har pasienten siden forrige kontroll hatt symptomgivende vitamin- eller mineralmangler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Annen komplikasjon</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Hvilken annen komplikasjon?</b>	

	<p><b>Alvorlighetsgrad komplikasjon</b></p> <input type="checkbox"/> Grad I: Ingen vesentlige tiltak <input type="checkbox"/> Grad II: Betydelige farmakologiske tiltak. Inkluderer også blodtransfusjon. <input type="checkbox"/> Grad III-a: Betydelig inngrep under lokalbedøvelse. <input type="checkbox"/> Grad III-b: Betydelig inngrep i narkose. <input type="checkbox"/> Grad IV-a: Intensivbehandling med ett sviktende organ. <input type="checkbox"/> Grad IV- b: Intensivbehandling med mer enn ett sviktende organ. <input type="checkbox"/> Grad V: Død	
<b>Antropometri</b>		
<b>Høyde</b>		cm
<b>Vekt</b>		Kg Pasienten vegrer seg <input type="checkbox"/>

Bukomfang		cm	
<b>Graviditet</b>			
Gravid	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja Graviditetsuke:
<b>Blodtrykk</b>			
Systolisk		mmHg	
Diastolisk		mmHg	
<b>Komorbiditet</b>			
Pågående behandling Hvis ja:	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Søvnapné	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Hypertoni	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes, medikamentelt behandlet	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
			Type diabetesbehandling:
			Tablettbehandling (type 2) <input type="checkbox"/> Insulinbehandling (type 2) <input type="checkbox"/> Tablett- og insulinbeh. (type 2) <input type="checkbox"/> Annen behandling(type 2) <input type="checkbox"/> Type 1 diabetes (inkl LADA) <input type="checkbox"/>
Dyslipidemi	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Dyspepsi	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Diaré	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Depresjon	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Muskel/skjelettsmerter	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Annen sykdom oppgitt på basisregistreringen	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Frakturer siden operasjon (kun ved 5 og 10 årskontroller)	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
<b>Legemiddel</b>			
Legemiddel for vektnedgang?	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
Legemiddel	GLP analog <input type="checkbox"/> Bupropion/naltrexon <input type="checkbox"/> Orlistat <input type="checkbox"/>		Annet legemiddel <input type="checkbox"/>
<b>Kroniske abdominalsmerter</b>			
Har pasienten kroniske abdominalsmerter?	<input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja
<b>Øvrig</b>			
Røyking	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Sluttet <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Labprøver</b>			
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
<b>Sykehusspesifikke variabler</b>		
Inntektsgivende arbeid?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Stillingsprosent	%	
Fødsel	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
		<b>Hvis ja:</b>
		type fødsel: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Sectio
		<b>Dato for fødsel:</b>
<b>Eventuelt andre variabler</b>		
<b>Oppfølging</b>		
Hvor planlegges neste kontroll?	<input type="checkbox"/> Dette sykehuset	<input type="checkbox"/> 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
1.00	ingen