

SWEAPS - ARM- STOMINEDLÄGGNING

Personnummer _____

Inskrivningsdatum för barnkirurgisk vård

Vårdtid datum ut för barnkirurgisk vård

Datum för stominedläggning

Operationsort

- Göteborg
- Lund
- Uppsala
- Stockholm
- Annan ort i Sverige
- Utanför Sverige

Stomiproblem innan nedläggning

Stomiproblem

- Ja
- Nej

Om JA, Prolaps

- Ja
- Nej

Annat stomiproblem

- Ja
- Nej

Trång stomi

- Ja
- Nej

Postoperativa komplikationer Avser de komplikationer som uppstått inom in- och utskrivningsdatum.

Komplikationer

- Ja
- Nej

Om JA på fråga Komplikationer, Ileus

- Ja
- Nej

Transfusionskrävande blödning till följd kirurgi

- Ja
- Nej

Anastomosinsufficiens

- Ja
- Nej

Sårinfektion (inflammationstecken, positiv sårodling):

- Ja
- Nej

Sepsis verifierad med blododling

- Ja
- Nej

Reopererad inom vårdtiden

- Ja
- Nej

Datum för första reoperation _____

Ny stomi

- Ja
- Nej

Antal ytterligare reoperationer _____

Anastomosplastik

- Ja
- Nej

Adherenslösning

- Ja
- Nej

Postoperativ intensivvård

IVA-avdelning

- Ja
- Nej

Datum in IVA-avdelning

Datum ut IVA-avdelning

Respiratorvård*

- Ja
- Nej

Datum in respiratorvård*

Datum ut respiratorvård*

*Om barnet efter extubation reintuberas inom 24 timmar räknas det som ett respiratorvårdstillfälle.

Utskrivning

Vikt vid utskrivning _____ kg

Längd vid utskrivning _____ cm

Utskrivning till

- Hemmet
- Hemortssjukhus
- Annat