

SWEAPS - Anorektal missbildning, ARM

Personnummer _____

Inskrivningsdatum för barnkirurgisk vård* _____

Barnkirurgisk vård innebär vård vid neonatal, barnintensivvård eller barnkirurgisk slutenvårdsavdelning

Preoperativ information

Gestationsålder veckor _____

Gestationsålder dagar _____

Födelsevikt _____ kg

Födelselängd _____ cm

Antenatalt suspekt ARM

- Ja
 Nej

Hereditet för ARM

- Ja
 Nej

Annan missbildning

- Ja
 Nej

Anläggande av stomi innan rekonstruktionen

Anläggande av stomi:

- Ja
 Nej

Om JA, typ av stomiuppläggning

- Kolostomi
 Ileostomi
 Annat

Datum för anläggande av stomi

(op-datum) _____

Operationsort

- Göteborg
 Lund
 Uppsala
 Stockholm
 Annan ort i Sverige
 Utanför Sverige

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

Sårinfektion

(inflammationstecken, positiv sårodling)

- Ja
 Nej

Sepsis verifierad med blododling

- Ja
 Nej

Transfusionskrävande blödning

till följd av kirurgi

- Ja
 Nej

Annan komplikation relaterad till kirurgin

- Ja
 Nej

Postoperativ intensivvård

IVA-avdelning

- Ja
 Nej

Datum in IVA-avdelning

Datum ut IVA-avdelning

Neonatalavdelning

- Ja
 Nej

Datum in Neonatalavdelning

Datum ut Neonatalavdelning

Respiratorvård

- Ja
 Nej

Datum in respiratorvård

Datum ut respiratorvård

Utskrivning

Avliden under vårdtiden

- Ja
 Nej

Utskrivning

- Hemmet
 Hemortssjukhus
 Annat

Vårdtid datum ut för barnkirurgisk vård
