

Proszę o udzielenie odpowiedzi na zamieszczone poniżej pytania (wypełnia lekarz)

DANE OSOBOWE CHOREGO

Imię i nazwisko	PESEL	1. Data operacji

2. Rodzaj przepukliny (wg EHS) – proszę zaznaczyć odpowiednie

	P (pierwotna)		R (nawrotowa)		
	0 (niewidoczna)	1 ($\varnothing < 1,5$ cm)	2 ($\varnothing < 3$ cm)	3 ($\varnothing > 3$ cm)	X
L (skośna)					
M (prosta)					
F (udowa)					

3. Czy podczas operacji operowano obie przepukliny? (dotyczy przepuklin obustronnych)

 tak nie

4. Operator

5. Asysta

6. Czy zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową?

 tak nie

7. Czy zastosowano profilaktykę antybiotykową?

 tak *Jeśli TAK, to proszę wybrać właściwe*
 1 dawka przed lub w trakcie operacji

 jak wyżej + dwie dawki po operacji

 antybiotykoterapia przez 3 dni

 inny schemat

 nie

8. Jakie znieczulenie zastosowano?

 miejscowe podpajęczynówkowe

 zewnątrzoponowe ogólne

9. Czas zabiegu (minuty) – liczony od nacięcia skóry

.....

10. Sposób wykonania zabiegu

 dostęp przedni

 bez użycia siatki

 Shouldice Halsted Bassini Girard Desarda inny

 z siatką

 Lichtenstein UHS Rutkow Trabucco Valenti inny

 dostęp laparoskopowy

 TEP TAPP IPOM inny

11. Czy otwarto worek przepuklinowy?

 tak *Jeśli TAK, to proszę wybrać właściwe*
 worek zszyto bez wycinania nadmiaru

 nadmiar worka wycięto

 obwodową część worka pozostawiono bez wycinania

 inne postępowanie

 nie

12. Czy zdwojono powięź poprzeczną lub zwężono pierścień pachwinowy głęboki dodatkowymi szwami? (dotyczy metod z użyciem siatki)

 tak nie

13. Sposób postępowania z mięśniem dźwigaczem jądra (z więzadłem obłym macicy w przypadku operacji wykonywanych u kobiet)

 resekowany oszczędzony zeszyty powtórnie

14. Czy zidentyfikowano następujące nerwy?

 - biodrowo-podbrzuszny tak nie

 - biodrowo-pachwinowy tak nie

 - gałązka płciowa n. płciowo-udowego tak nie

15. Rodzaj implantu (nazwa produktu i producenta)

.....

16. Rozmiar implantu (cm)

..... x

17. Mocowanie siatki do więzadła pachwinowego

Rodzaj materiału: szwy wchłaniające szwy niewchłaniające stapler klej tkankowy bez mocowania

Jeśli stosowano szwy, to proszę wybrać: szew ciągły, liczba wkuć szwy pojedyncze, liczba szwów

Jeśli stosowano stapler, to proszę wpisać liczbę wykorzystanych zszywek

18. Mocowanie siatki do powłok

Rodzaj materiału: szwy wchłaniające szwy niewchłaniające stapler klej tkankowy bez mocowania

Jeśli stosowano szwy, to proszę wybrać: szew ciągły, liczba wkłuc szwy pojedyncze, liczba szwów

Jeśli stosowano stapler, to proszę wpisać liczbę wykorzystanych zszywek

19. Czy zastosowano szwy antybakteryjne? tak nie

20. Czy pozostawiono dren w ranie? tak nie

21. Czy wystąpiły powikłania podczas operacji? tak nie *Jeśli TAK, to proszę wybrać właściwe:*

przecięcie nerwów

n. biodrowo-podbrzuszny

n. biodrowo-pachwinowy

gałąź płciowa nerwu płciowo-udowego

zamierzone niezamierzone

zamierzone niezamierzone

zamierzone niezamierzone

uszkodzenie pęcherza moczowego

uszkodzenie jelita

uszkodzenie nasieniowodu

inne uszkodzenia *Proszę opisać:*

PRZEBIEG OKRESU POOPERACYJNEGO I WYPIS

1. Proszę oznaczyć nasilenie bólu w spoczynku w dniu wypisu

(brak bólu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ból max)



2. Proszę oznaczyć nasilenie bólu podczas poruszania się

(brak bólu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ból max)



3. Czy są stosowane jeszcze leki przeciwbólowe? tak nie

4. Ile czasu przebywał Chory w szpitalu PRZED operacją?

..... dni godzin

5. Ile czasu przebywał Chory w szpitalu PO operacji?

..... dni godzin

6. Czy wystąpiły powikłania pooperacyjne?

tak nie

Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć właściwe:

zatrzymanie moczu

krwiak w pachwinie

obrzęk powrózka nasiennego

obrzęk moszny

obrzęk jądra

infekcja rany

zakażenie siatki

Czy usunięto siatkę? tak nie

surowiczak

Czy stosowano nakłucie? tak nie

krwiak moszny

Czy stosowano nakłucie? tak nie

inne

7. Czy zalecono ograniczenie aktywności fizycznej po wypisaniu z Oddziału / Kliniki?

tak

ograniczenie dźwigania ciężarów

ograniczenie prowadzenia samochodu

ograniczenie aktywności sportowej (jazda na rowerze, bieganie, pływanie etc.)

nie

8. Czy wystawiono zwolnienie z pracy na okres po wypisaniu Chorego?

tak, liczba dni:

nie

nie wymagał ze względów medycznych

nie potrzebował ze względów formalnych

odmówił przyjęcia zwolnienia