

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**

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

3. Czy podczas operacji operowano obie przepukliny? ( <i>dotyczy przepuklin obustronnych</i> ) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	4. Operator	5. Asysta
---	-------------	-----------

6. Czy zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	7. Czy zastosowano profilaktykę antybiotykową? <input type="checkbox"/> tak <i>Jeśli TAK, to proszę wybrać właściwe</i> <input type="checkbox"/> 1 dawka przed lub w trakcie operacji <input type="checkbox"/> jak wyżej + dwie dawki po operacji <input type="checkbox"/> antybiotykoterapia przez 3 dni <input type="checkbox"/> inny schemat <input type="checkbox"/> nie
8. Jakie znieczulenie zastosowano? <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> podpajęczynówkowe <input type="checkbox"/> zewnątrzoponowe <input type="checkbox"/> ogólne	
9. Czas zabiegu ( <i>minuty</i> ) – <i>liczony od nacięcia skóry</i> .....	

**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? <input type="checkbox"/> tak <i>Jeśli TAK, to proszę wybrać właściwe</i> <input type="checkbox"/> worek zszyto bez wycinania nadmiaru <input type="checkbox"/> nadmiar worka wycięto <input type="checkbox"/> obwodową część worka pozostawiono bez wycinania <input type="checkbox"/> inne postępowanie <input type="checkbox"/> nie	12. Czy zdwojono powięź poprzeczną lub zwężono pierścień pachwinowy głęboki dodatkowymi szwami? ( <i>dotyczy metod z użyciem siatki</i> ) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	13. Sposób postępowania z mięśniem dźwigaczem jądra ( <i>z więzadłem obłym macicy w przypadku operacji wykonywanych u kobiet</i> ) <input type="checkbox"/> resekowany <input type="checkbox"/> oszczędzony <input type="checkbox"/> zeszyty powtórnie
	14. Czy zidentyfikowano następujące nerwy? - biodrowo-podbrzuszny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - biodrowo-pachwinowy <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie - gałązka płciowa n. płciowo-udowego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

15. Rodzaj implantu ( <i>nazwa produktu i producenta</i> ) .....	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