



Landsregistret Karbase

Datadefinitioner

Version 1.1
Januar 2021

Landsregistret Karbase er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Adresse:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Aarhus N

Kontaktperson: Kvalitetskonsulent, cand.scient.san, ph.d. Annette Ingeman

Telefon: (+45) 2168 7583

E-mail: anning@rkkp.dk

Web-adresse: www.rkkp.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

DIAGNOSE -OG INKLUSIONSKRITERIER	5
DEFINITION AF VARIABLE	6
Generelt	6
INDBERETNING TIL Klinisk Målesystem (KMS)	6
Særlige opmærksomhedspunkter	6
INDLÆGGELSE	7
Cpr.nr	7
Indlæggelsesdato og -tidspunkt	7
Indlæggelsesmåde	7
Indlæggelsesstatus	7
Tobak	7
Alkohol	7
Tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse	7
Diabetes	8
Cerebrovaskulært	8
Hypertension	8
Iskæmisk hjertesygdom	8
Tidl. revaskularisering (CABG/PCI)	8
Kardielt, arytmie	9
Kardielt, hjertesvigt	9
Obstruktiv lungesygdom	9
Aktuel cancer	9
Nefrologisk	9
Perifert blodtryk	9
INDGREB	11
Hæmoglobin	11
Creatinin	11
Vægt	11
Højde	11
Dato og tidspunkt for behandling/operation	11
Kirurg	11
Behandlingsside	12
Behandlingsindikation	12
Supplerende indikation	13
Diagnose	13
Bi-diagnose(r) ved behandlingen	13
Operationskode	13
Carotisoperationer	13
Modified Rankin Scale, præoperativt	13
Endarterektomi metode	14
Indikation for carotis operation	14
Stenosegrad	14

Carotis shunt	14
Aneurismeoperationer	14
Aneurismets placering og størrelse.....	14
Materialekode	14
Øvrige operationskoder	15
Øvrig materialekoder	15
Operationstype.....	15
Assistanceoperation	15
Operationstype.....	15
Blodtab under operation.....	16
Anæstesi	16
Incision	16
UDSKRIVNINGSTATUS	17
Udskrivelsesdato	17
Vitalstatus ved udskrivelse	17
Primære dødsårsag	17
Ophold efter udskrivelse	17
Patency ved udskrivelse	17
Perifert blodtryk og puls.....	18
Operationssår komplikationer	18
Infektion i operationssår	19
Andre kirurgiske komplikationer	19
Almene komplikationer.....	19

DIAGNOSE -OG INKLUSIONSKRITERIER

Alle patienter >18 år med dansk CPR-nummer, opereret på karkirurgiske afdelinger i Danmark med en af følgende diagnosekoder:

Diagnosekoder:

- Akut emboli og trombose i arterier (DI74)
- Åreforkalkning (DI70)
- Aneurismer og dissektioner (DI71 & DI72)
- Andre arterielle lidelser inkl. iatrogene skader og traumer (DI77 mfl.)
- Venøs emboli og trombose (DI82)
- Karkirurgiske rekonstruktioner eller resektioner ved resektion af tumorer, tumortromber eller retroperitoneale glandler mm. (DC00-DD48)
- Karsygdomme i hjernen (DI63.9, DI64.9 og DI65.2)
- Episodiske og anfaldsvise lidelser (DG45.3 og DG45.9)

Samt

DN184: Kronisk nyreinsufficiens, stadie 4

DN185: Kronisk nyreinsufficiens, terminal stadie 5

DN189: Kronisk nyreinsufficiens UNS

DN199: Nyreinsufficiens UNS

DN170: Akut nyreinsufficiens med tubulær nekros

DN171: Akut nyreinsufficiens med akut kortikal nekrose

DN172: Akut nyreinsufficiens med medullær nekrose

DN178: Anden form for akut nyreinsufficiens

DN179: Akut nyreinsufficiens UNS

Indberetning til Landsregistret Karbase vedrører alle patienter, som behandles i det offentlige sundhedssystem i Danmark, såfremt de i øvrigt opfylder inklusionskriterierne i relation til de enkelte sygdomsområder. For *udlændinge* indberettes data svarende til indlæggelsesforløbet i Danmark; men der vil ikke være mulighed for opfølgning i forhold til indikatorer, der ligger ud over indlæggelsesforløbet.

I Karbase er hver case en operation, altså en hændelse. En patient kan opereres flere gange i samme indlæggelse, og vil så optræde samme antal gange i Karbase. Der kan endog optræde flere Karbaseregistreringer i samme anæstesi, hvis hvert indgreb skal følges særskilt. Det kunne f.eks. være en bypass på både højre og venstre ben i samme anæstesi. Her kan der opstå komplikationer i det ene ben, der ikke sker i det andet. Derfor må der nødvendigvis være særskilt registrering af hvert ben. Hver patient tæller dog kun én gang i mortalitetsindikatorer.

Alle karkirurgiske procedurer (inkl. trombininjektion og ambulante endovaskulære procedurer udført af f.eks. radiologer og assistanceoperationer) skal kodes i Karbase.

DEFINITION AF VARIABLE

Generelt

Det er et gennemgående princip, at data i registreringskemaerne skal være i overensstemmelse med oplysninger i journalen og således afspejle det aktuelle sygdomsforløb. Der kan i helt særlige situationer være en tilsyneladende mangel på overensstemmelse mellem skema og journal, uden at der er tale om en fejlregistrering. Sådanne uoverensstemmelser, kan skyldes den manglende detaljeringsgrad af registreringskemaet.

Der kodes ud fra det, som er udført. Det vil sige, at en planlagt bypass, som IKKE gennemføres, skal kodes med eksploration af pågældende arterie. Ved operation for aortaruptur, hvor patienten ikke rekonstrueres, kodes enten eksplorativ laparotomi eller eksploration af relevant arterie.

INDBERETNING TIL Klinisk Målesystem (KMS)

Karbase dækker patientforløbet fra indlæggelse, kirurgisk indgreb og til udskrivningsstatus.

Derudover indsamler Karbase data i et Access-modul vedr. anlæggelse af fistler.

Access koder findes i Karbasens Access modul. Datadefinitionerne dækker ikke indberetning til Access.

I dette dokument findes definitioner på data, som indberettes til hvert skema:

- Indlæggelse
- Indgreb
- Udskrivningsstatus

Særlige opmærksomhedspunkter

Diagnostisk arteriografi, dvs. hvor der ikke er udført PTA, skal ikke registreres i Karbase.

Der skal udfyldes et indgrebsskema for hvert segment (f.eks. kissing stents + højresidig TEA: 3 skemaer).

Trombolyse oprettes i indgrebsskema på startdagen med injektion af trombolytisk agens + ZPD50 (materialekode). Der skal kun udfyldes ekstra indgrebsskema, hvis der efterfølgende foretages PTA eller andet indgreb.

INDLÆGGELSE

Cpr.nr.

- Angives med alle 10 cifre (dd-mm-åå-lbnr.)

Indlæggelsesdato og -tidspunkt

- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm.
- Klokkeslæt (tt-mm) angiver tidspunktet, hvor patienten indlægges på karkirurgisk afdeling.
- Såfremt patienten allerede er indlagt f.eks. på medicinsk afdeling, vil det angivne tidspunkt være identisk med tidspunkt for indlæggelse på karkirurgisk afdeling.

Indlæggelsesmåde

- Angiver patientens indlæggelsesmåde.
- Angives som "Akut" eller "Elektivt".
- "Akut" anføres, når behandlingen skal ske umiddelbart, også f.eks. på den næste ledige operationsstue med lidt ventetid.
- "Elektivt" anføres, når der er tale om en planlagt indlæggelse. "Elektivt" anføres også ifm. patienter, der bliver akut indlagt men ikke nødvendigvis opereret umiddelbart, f.eks. hvis de skal præoperativt optimeres.

Indlæggelsesstatus

Tobak

- Angiver patientens rygestatus ved indlæggelsen.
- Angives som "Aldrig røget", " Tidligere ryger (røgfri over 3 måneder)" eller "Ryger (mere end 1 cigaret dagligt)"

Alkohol

- Angiver hvor mange genstande patienten drak ugentligt ved indlæggelsen
- Angives som "0-7 genstande pr. uge", "8-14 genstande pr. uge" eller "≥15 genstande pr. uge" hvis patienten drak 15 eller flere genstande ugentligt ved indlæggelsen)
- Angives "Intet misbrug" eller "Nihil" i journalen, registreres dette som "0-7 genstande pr. uge".

Tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse

- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen
- Med *tidligere* menes, at f.eks. patienten har kendt diabetes
- Med *under aktuelle indlæggelse* menes f.eks. at patienten er diagnosticeret med diabetes ifm. med indlæggelsen, hvor karkirurgi foretages.

Diabetes

- Angiver om patienten har fået påvist diabetes (dækker både type 1 og type 2 diabetes).
- Angives som "Nej" eller "Ja".
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Cerebrovaskulært

- Angiver om patienten har haft et cerebrovaskulært tilfælde.
- Angives som "Nej", "Amaurosis fugax", "TIA", "Iskæmisk stroke" eller "Cerebral hæmoragi".
- Pareser, afasi mv. af under 24 timers varighed defineres som TIA. Hvis symptomvarighed er over 24 timer, angives "Iskæmisk stroke". Anamnestisk stroke, uden sequelae, kodes også som "Iskæmisk stroke".
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Hypertension

- Angiver om patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering har hypertensio arterialis.
- Angives som "Nej" eller "Ja".
- "Ja" angives, hvis patienten er i medicinsk behandling eller blodtrykket er over 140/90 ved indlæggelsen
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen. Hvis der ikke findes information omkring hypertension i journalen anføres "Nej".

Iskæmisk hjertesygdom

- Angiver om patienten har iskæmisk hjertesygdom
- Angives som "Nej", "Asymptomatisk", "Stabil angina pectoris" eller "Tidl. akut koronar syndrom"
- "Asymptomatisk" angives, ifald patienten tidligere har haft angina pectoris men har været uden symptomer i mere end 3 mdr., eller hvis der er påvist arteriosklerose ved KAG/CT-KAG.
- "Tidl. akut koronar syndrom" angives, ifald patienten tidligere har haft ustabil angina og/eller akut myokardieinfarkt.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Tidl. revaskularisering (CABG/PCI)

- Angiver om patienten tidligere har fået foretaget CABG eller PCI
- Angives som "Nej" eller "Ja".
- Indgrebet skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Kardielt, arytmi

- Angiver om patienten har eller har haft hjertearytmi, herunder pacemaker
- Angives som "Nej" eller "Ja".
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Kardielt, hjertesvigt

- Angiver om patienten har hjertesvigt
- Angives som "Nej" eller "Ja".
- "Ja" angives, hvis patienten er i medicinsk behandling.
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Obstruktiv lungesygdom

- Angiver om patienten har obstruktiv lungesygdom
- Angives som "Nej", "Medicinsk behandlet", "Medicinsk behandlet og hjemmeilt" eller "Erkendt, men ingen behandling".
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Aktuel cancer

- Angiver om patienten har en aktuel cancersygdom, fraset basalcelle- og spinocellulære carcinomer ('benigne' hudtumorer)
- Angives som "Nej" eller "Ja"
- Hvis patienter er i aktuel behandling (medicinsk og/eller strålebehandling) anføres "Ja". Hvis patienten har en tidligere cancerdiagnose, hvor behandlingen er afsluttet, anføres "Nej"
- Diagnosen skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen

Nefrologisk

- Angiver om patienten aktuelt er i dialyse.
- Angives som "Dialyse, nej" eller "Dialyse, ja"
- "Dialyse, ja" angives, hvis patienten er i enten hæmodialyse og peritonealdialyse.
- Behandlingen med dialyse skal være anført som anamnese eller på anden måde være dokumenteret i patientjournalen.

Perifert blodtryk

- Angiver patientens perifere blodtryk og puls ved indlæggelsen. Det distale blodtryk (og IKKE det systemiske arterielle) anføres, hvis det er målt.
- Angives som "Ikke målt", "Ankel", "Tå" eller "Arm".
- Ved angivelse af ankel, tå eller arm skal blodtryksværdien angives i mmHg. Hvis der angives et blodtryk, skal index i procent også angives i henholdsvis højre og venstre side. Index er det distale tryk i procent af det højest målte systoliske systemiske

blodtryk.

- Hvis det ikke er muligt at måle blodtrykket, angives én af følgende muligheder:
"P": Hvis pulsen er målt (ved god og kraftig puls distalt)
"I": Hvis det ikke er målt (hvis det ikke er målt, eller benet er amputeret)
"U": Hvis det er umåleligt (hvis det er forsøgt målt, men er umåleligt)

INDGREB

Såfremt en patient har mere end et primært indgreb under samme indlæggelse (selv under samme bedøvelse), skal der registreres to selvstændige indgreb i databasen.

Hæmoglobin

- Angiver patientens hæmoglobinniveau inden start på karkirurgisk procedure.
- Angives som "mmol/l"
- Den senest målte værdi inden indgrebets påbegyndelse angives.

Creatinin

- Angiver patientens creatininniveau inden start på karkirurgisk procedure.
- Angives som "µmol/l "
- Den senest målte værdi inden indgrebets påbegyndelse angives.

Vægt

- Angiver patientens vægt inden start på karkirurgisk procedure.
- Angives i "kg"
- Såfremt vægten er dokumenteret i journalen, angives denne værdi. Ifald den ikke foreligger, vejes patienten.
- Er det ikke muligt at indhente denne oplysning, lades feltet tomt.

Højde

- Angiver patientens højde.
- Angives i "cm"
- Såfremt højden er dokumenteret i journalen, angives denne værdi. Ifald den ikke foreligger, måles patienten.
- Er det ikke muligt at indhente denne oplysning, lades feltet tomt.

Dato og tidspunkt for behandling/operation

- Angiver hvornår behandlingen/operationen blev påbegyndt (knivtid start) og (knivtid slut) sluttede.
- Angives som dd-mm-åå samt tt-mm for starttidspunkt og tt-mm for behandlingen/operationens sluttidspunkt.
- Hvis knivtid er ukendt (f.eks. ved endovaskulære indgreb) sættes denne til 1 minut

Kirurg

- Angiver den primære kirurg, som foretog indgrebet
- Angives med kirurgens initialer
- Der skal angives, om der har været tale om en superviseret operation. Hvis dette er tilfældet, anføres "Ja". Det er en konkret vurdering fra operation til operation, en speciallæge kan godt være superviseret af en anden speciallæge og en uddannelseslæge kan godt være superviseret af en anden uddannelseslæge.
- Hvis der ikke er tale om en superviseret operation anføres "Nej".

- Det er muligt at tilføje flere kirurgers initialer, såfremt der har været flere kirurger involveret i indgrebet.

Behandlingside

- Angiver til hvilken side patienten har symptomer (symptomgivende side). Eksempelvis angives recipientsiden for cross-over bypass.
- Angives i "højre", "venstre" eller "centralt"
- Der skal indleveres et indgreb-skema for hver kissing stent, dvs. både højre og venstre.

Behandlingsindikation

- Angiver den vigtigste behandlingsindikation. Der skal angives hvilken indikation, der har ført til behandling. Der skal kun angives én behandlingsindikation.
- Ved iskæmi angives kun det alvorligste symptom. F.eks. er det tilstrækkeligt at kode gangræn uden også at kode claudicatio og hvilesmerter.
- Angives med en af følgende indikationer:

"01: Akut ekstremitetsiskæmi",	"23: Transitorisk iskæmisk attack (TIA)",
"02: Amaurosis Fugax",	"24: Traume",
"03: Aneurisme – asymptomatisk",	"25: Trombose af karrekonstruktion",
"04: Aneurisme – symptomatisk",	"26: Uræmi",
"05: Aneurisme – rumperet",	"27: Varicer",
"06: Aneurisme – tromboseret",	"28: Vasospasme/Raynaud",
"07: Aneurisme – pseudo",	"29: Venetrombose",
"08: Aneurisme – mykotisk",	"30: Truende rekonstruktionssvigt",
"10: Akut aortadissektion",	"31: Permanent central venøs adgang",
"11: Kronisk aortadissektion",	"32: Sårkomplikationer",
"12: Dissektion uden nærmere specifikation",	"51: Fascieruptur",
"13: Blødning/hæmatom",	"52: Ileus",
"14: Infektion (infektion i protese kodes som "55: Proteseinfektion")",	"53: Tarmiskæmi",
"15: Intestinal iskæmi, angina abdominalis",	"54: Aorto/protese-intestinal fistel",
"16: Funktionsbetinget iskæmi, claudicatio intermittens",	"55: Proteseinfektion",
"17: Kronisk iskæmi – hvilesmerter",	"56: Ekstremitets kompartment",
"18: Kronisk iskæmi – sår",	"57: Langvarig intubation",
"19: Kronisk iskæmi – gangræn",	"58: Retroperitoneal fibrose",
"20: Renovaskulær hypertension",	"59: Abdominal kompartment",
"21: Stroke",	"60: Entrapment"
"22: Thoracic outlet syndrom (TOS)",	"88: Anden indikation".

Supplerende indikation

- Det er muligt at angive, om der er en supplerende behandlingsindikation.
- Angives med nummeret ud for den valgte indikation jævnfør listen ovenfor (behandlingsindikation).

Diagnose

- Angiver patientens diagnose jf. ICD-10 klassifikationen for det aktuelle indgreb.
- Angives som D Ixx.x + evt. bogstav. I "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" ses mulige diagnosekoder.
- Diagnosekoden kan være den samme som indlæggelseskoden, men den kan også afvige f.eks. ved behandling af en komplikation.

Bi-diagnose(r) ved behandlingen

- Angiver om der er eventuelle bi-diagnoser til den primære diagnose for det aktuelle indgreb.
- Angives som D Ixx.x + evt. bogstav. I "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" ses mulige diagnosekoder.
- Det er muligt at tilføje flere bi-diagnoser.

Operationskode

- Angiver hvilken operationskode, der definerer det aktuelle indgreb.
- Angives som procedurekode jf. SKS-klassifikationen. Se evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" for mulige operationskoder.
- Her skal anføres det vigtigste indgreb, hvortil der kan indberettes et selvstændigt udskrivningsskema. Hvis der f.eks. er lavet bukseprotese og samtidig TEA i lysken, kan man undlade TEA-koden, eller placere den under 'Øvrige operationskoder'.
- Hvis der derimod er foretaget in situ bypass samtidig med bukseprotese, skal der oprettes 2 indgreb-skemaer, hvor de to operationer kodes hver for sig.
- Grundreglen er, at der skal oprettes et indgrebsskema for alle indgreb, hvor der kan laves selvstændigt follow-up (i udskrivningsskemaet).

Carotisoperationer

Ved carotisoperationer udfyldes følgende: Modified Rankin Scale (præoperativt), Endarterektomi metode, Indikation for carotis operation, Stenosegrad og Carotis shunt.

Modified Rankin Scale, præoperativt

- Angiver patientens modified Rankin Scale (mRS) inden carotisoperationen. Se evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" for gældende diagnosekoder.
- Angives som en af følgende muligheder: "0: Ingen symptomer overhovedet", "1: Ingen synlig funktionsnedsættelse", "2: Nogen funktionsnedsættelse (kan ikke længere gøre alt som før event)", "3: Moderat funktionsnedsættelse (kan gå uden hjælp)" eller "4: Moderat alvorlig funktionsnedsættelse (kræver hjælp til gang mm.)".

Endarterektomi metode

- Angiver hvilken endarterektomimetode, der er anvendt til carotisoperationen.
- Angives som "Længdegående arteriotomi uden patch", "Længdegående arteriotomi med patch" eller "Eversionsendarterektomi".

Indikation for carotis operation

- Angiver indikationen for carotis operationen.
- Angives som "Symptomatisk" eller "Asymptomatisk".
- Hvis indikationen er "Symptomatisk", skal følgende besvares:
Index event (det symptom, som førte til at patienten søgte læge) – angives med dd-mm-åå.
Lægekontakt (dato for første lægekontakt ifm. Index event) - angives med dd-mm-åå.

Stenosegrad

- Angiver stenosegrad for carotis interna – henholdsvis for højre (dxt) og venstre (sin).
- Angives som "<50%", "50-69%", "70-99%" eller "Okklusion".

Carotis shunt

- Angiver hvorvidt der er benyttet carotis shunt eller ej ifm. carotisoperationen.
- Angives som "Nej" eller "Ja".

Aneurismeoperationer

Ved alle former for aneurismeoperationer udfyldes følgende: Aneurismets placering og størrelse og Materialekode

Aneurismets placering og størrelse

- Angiver det indikationsgivende aneurismes placering og dets størrelse
- Angives som "Aorta descendens", "Aorta infrarenalt", "Aorta suprarenalt", "Iliaca com", "Iliaca externa", "Iliaca interna", "Femoralis communis", "Femoralis superficialis", "Femoralis profunda", "Poplitea", "Subclavia", "Carotis communis", "Carotis interna", "Thoracoabdominalt" eller "Andet".
- Størrelsen angives i centimeter (cm), der angives den største diameter dvs. ikke nødvendigvis AP mål.

Materialekode

- Angiver hvilket materiale, der anvendes ifm. indgrebet.
- Angives jf. SKS-klassifikationen. Se evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" for mulige materialekoder. De hyppigst anvendte er: "ZPD30: stent", "KZFX52: anvendelse af drug eluting stent", "KZFX54: anvendelse af drug eluting ballon", "ZPD40: emboliseringsmateriale (herunder thrombininjektion)", "ZPD50: trombolyse", "ZPM00: Intet implantat", "ZPM10: Autolog vendt vene eller venepatch", "ZPM20: Autolog in-situ vene", "ZPM30: Autolog arterie", "ZPM40: Dacron", ZPM60: Biologisk Xenograft (materiale fra f. eks. gris, kalv, får)", "ZPM70: PTFE (også selvom der er

anlagt venemuffe)", "ZPM80: Sammensat graft (to forskellige materialer f.eks. vene+kunststof)", "ZPM98: Andet specificeret materiale (f.eks. kunststofpatch)"

- Hvis der ikke anvendes materiale, angives følgende: ZPM00

Øvrige operationskoder

- Angives hvis der er anvendt øvrige operationskoder ud over den primære operationskode.
- Angives som procedurekode jf. SKS-klassifikationen. Se evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" for mulige operationskoder
- Det er muligt at tilføje flere øvrige operationskoder.
- Se mere under 'Operationskoder'

Øvrig materialekoder

- Angives hvis der er anvendt flere forskellige materialer ifm. indgrebet.
- Angives jf. SKS-klassifikationen. Se evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande" for mulige materialekoder.
- Se mere under 'Materialekoder'

Operationstype

- Angiver hvorvidt indgrebet er foretaget akut eller planlagt.
- Angives som "Akut operation" eller "Elektiv operation".
- "Akut" anføres, når behandlingen sker under samme akutte indlæggelse, der kan godt gå >24 timer fra den akutte indlæggelse til den akutte operation.
- "Elektivt" anføres, når der er tale om en planlagt indlæggelse eller operation.

Assistanceoperation

- Angiver hvorvidt der er tale om en assistanceoperation, som foregår på andre afdelingers/hospitalers operationsstuer, som hjælp til en igangværende operation. Eksempelvis hvis man har laparotomeret på en gastroenterologisk afd. og finder RAAA og tilkalder karkirurg.
- Angives som "Nej" eller "Ja".

Operationstype

- Angiver hvorledes indgrebet kan klassificeres. Formålet er at identificere indgreb, hvor der er højere risiko for senkomplikationer (f.eks. infektion og trombose). Dette ses typisk, hvis der er foretaget rekonstruktioner proximalt eller distalt for aktuelle operationsfelt, eller hvis der tidligere er foretaget operation i samme operationsfelt.
- Angives som "Primær karkirurgisk rekonstruktion", "Tidligere opereret prox. eller distalt", "Tidl. Opereret i samme felt" eller "Alle andre operationer".
- "Primær karkirurgisk rekonstruktion" ifald der *aldrig* er foretaget indgreb i pågældende område.
- "Tidligere opereret prox. eller distalt" ifald der er foretaget en karkirurgisk rekonstruktion enten enten proximalt eller distalt for aktuelle operationsfelt.
- "Tidl. opereret i samme operationsfelt" hvis der er foretaget karkirurgisk indgreb i hele

eller dele (eks. Bypass fra tidl. TEA opereret a. femoralis) af det aktuelle operationsfelt.

- "Alle andre operationer" ved ingen af ovenstående tilfælde

Blodtab under operation

- Angiver mængden af blodtab under operationen
- Angives i ml (skønnet mængde)

Hvis der gives blodprodukter under operationen, skal dette også anføres.

- Der skal anføres antallet af SAG-M portioner (af ca. 250 ml) og mængden af autotransfusion i ml.

Anæstesi

- Angiver hvilken form for anæstesi, der er anvendt til det aktuelle indgreb
- Angives som "Ingen", "Generel anæstesi alene", "Regional anæstesi alene", "Kombineret generel + regional", "Lokal infiltrationsanalgesi" eller "Andet".
- Anlæggelse af blokade angives som regional analgesi

Incision

- Angiver hvorledes incisionen er foretaget
- Angives som "Ingen abdominal/thoracal incision", "Laparotomi – midtlinje", "Laparotomi – tvær", "Retroperitoneal adgang", "Thoraco-abdominal adgang" eller "Thoracotomi".

UDSKRIVNINGSTATUS

Udskrivelsesdato

- Angiver hvornår patienten udskrives fra den karkirurgiske afdeling.
- Angives som dd-mm-åå
- Hvis patienten er død under indlæggelsen, anføres dødsdatoen.

Udskrivning efter trombolyse:

- Angiver antallet af påbegyndte døgn ved behandling med trombolyse
- Hvis patienten har fået foretaget en af følgende indgreb: KPET10, KPET11, KPET12, KPFT10, KPFT30, KPCU87, KPDU88, KPEU87, KPFU87, KPGU87 skal antal påbegyndte døgn med trombolyse anføres i udskrivningsskemaet.

Vitalstatus ved udskrivelse

- Angiver hvorvidt patienten var i live eller død på den ovenfor anførte dato (udskrivelsesdato).
- Angives som "I live" eller "Død".

Primære dødsårsag

- Hvis patienten dør under indlæggelsen, og der er anført "Død" under Vitalstatus ved udskrivelsen, skal den vurderede primære dødsårsag angives.
- Angives som en af følgende årsager: "Kardialt (f.eks. myokardieinfarkt)", "Stroke", "Uræmi", "Blødning", "Multiorgansvigt (MOF)", "Tarmgangræn", "Neoplasme", "Andet" eller "Ukendt".

Ophold efter udskrivelse

- Angiver om der er forespurgt og registreret oplysninger om, hvor patienten opholder sig efter udskrivelse fra karkirurgisk afdeling. Denne skal kun udfyldes, såfremt patienten udskrives i live.
- Angives som "Overflyttet til anden afdeling", "Egen bolig uden hjælp", "Egen bolig med hjælp (eks. hjemmehjælp, sygepleje)", "Egen bolig i tilknytning til institution (f.eks. ældrebolig)", "Hjemløs", "Døgninstitution (f.eks. plejehjem)" eller "Ingen oplysninger om boligforhold".
- Hvis patienten udskrives til midlertidig genoptræning, rekreation el. lign., anføres "Døgninstitution"

Patency ved udskrivelse

- Angiver hvorvidt indgrebet har medført fri passage (patency).
- Angives som "Lukket", "Åben" eller "Ej rekonstrueret".
- "Ej rekonstrueret" angives, hvis man har forsøgt rekonstruktion, men dette ikke er lykkedes. Det kunne f.eks. være en PTA, hvor man ikke har kunnet komme igennem stenosen, eller et eksplorativt indgreb, hvor patienten har vist sig inoperabel.
- Der angives ligeledes "Ej rekonstrueret" ved operationer uden rekonstruktion (f.eks. embolisering af pseudoaneurisme).

- Hvis der angives "Åben", skal antallet af postoperative okklusioner anføres.
- Ifald der har været okklusioner postoperativt, og der er anført et tal (større end 0), skal følgende besvares:
- Dato for første okklusion – angives som dd-mm-åå (svarende til datoen for hvornår rekonstruktionen er lukket første gang).
- Behandling af første okklusion. Angives som "Ingen", "Trombektomi", "Trombektomi og revision", "REDO = ny rekonstruktion" eller "Rekanalisering mislykkes".
- "Ingen" angives, hvis man har konstateret rekonstruktionen okkluderet uden mulighed for yderligere forsøg på genåbning. "Trombektomi" angives, hvis man har trombektomeret uden i øvrigt at ændre på rekonstruktionen. "Trombektomi og revision" angives, hvis man i forbindelse med trombektomi har udført et indgreb på den foretagne rekonstruktion f. eks. en plastik. "REDO" angives, hvis man har udført en anden rekonstruktion, end den der var udført primært. (Husk at registrere et nyt skema med et selvstændigt indgreb, som registreres som en REDO-operation. Den primære operation registreres på selvstændigt udskrivningsskema som okkluderet.)
- "Rekanalisering mislykkes" angives, hvis man har forsøgt at genåbne rekonstruktionen uden held.

Ved mere end én okklusion, skal følgende besvares:

- Dato for sidste okklusion – angives som dd-mm-åå. Hvis rekonstruktionen har været lukket mere end 2 gange skrives her blot den seneste dato.
- Behandling af sidste okklusion. Angives som "Ingen", "Trombektomi", "Trombektomi og revision", "REDO = ny rekonstruktion" eller "Rekanalisering mislykkes".

Perifert blodtryk og puls

- Angiver patientens perifere blodtryk og puls ved udskrivelsen. Det distale blodtryk (og IKKE det systemiske arterielle) anføres, hvis det er målt
- Angives som "Ikke målt", "Ankel", "Tå" eller "Arm".
- Ved angivelse af ankel, tå eller arm skal blodtryksværdien angives i mmHg og efterfølgende index i procent i henholdsvis højre og venstre side. Hvis der angives et blodtryk, skal index i % også angives. Det distale tryk i procent af det højest målte systoliske systemiske blodtryk
- Hvis det ikke er muligt at måle blodtrykket, angives én af følgende muligheder:
 "P": Hvis pulsen er målt (ved god og kraftig puls distalt)
 "I": Hvis det ikke er målt (hvis det ikke er målt, eller benet er amputeret)
 "U": Hvis det er umåleligt (hvis det er forsøgt målt, men er umåleligt)

Operationssår komplikationer

- Angiver om der er komplikationer til operationssåret.
- Angives som "Ingen", "Operationskrævende hæmatom", "Lymfesiven over 2 døgn (forlænger indlæggelsen)", "Operationskrævende randnekrose", "Operationskrævende lymfocele" eller "Andet"
- "Ingen" angives, hvis der ikke er komplikationer. Dette angives også, hvis der blot er almindelig postoperativ sårsekretion, også hvis dette strækker sig ud over 2-3 dage.

"Operationskrævende hæmatom" angives, hvis der er behandlingskrævende hæmatom. Der skal have været udført operation for blødning, eller hæmatomet skal have været så stort, at det har medført kredsløbspåvirkning og blodtransfusion. "Lymfesiven over 2 døgn" angives, hvis der er udtalt, kraftig lymfesiven over flere dage eller behandlingskrævende lymfocele. Sivningen/lymfocelet skal have medført reoperation eller have forlænget indlæggelsen væsentligt. Almindelig postoperativ sårsekretion falder ikke ind under dette punkt. "Operationskrævende randnekrose" angives, hvis der er behandlingskrævende randnekrose, dvs. der skal være foretaget sårrevision. Profylaktisk antibiotikabehandling medfører ikke automatisk, at dette punkt skal angives.

- Komplikationen skal være dokumenteret i patientjournalen.

Infektion i operationssår

- Angiver om der er eller har været infektion i operationssåret.
- Angives som "Ingen", "Overfladisk subcutan infektion (ved antibiotika eller operation)", "Dyb/protese infektion (ved antibiotika eller operation)".
- "Overfladisk subcutan infektion" angives, når der har været behandlingskrævende infektion i hud eller i subcutis. Behandlingskrævende betyder at der er opereret, spaltet eller der er behandlet med antibiotika. "Dyb/protese infektion" angives, når der er en dyb infektion evt. omkring protesen, og denne er behandlingskrævende.
- Hvis en patient forbliver indlagt alene til antibiotisk behandling, eller genindlægges til samme, og med mistanke om sårinfektion, kodes det også som overfladisk subcutan infektion eller dyb/protese infektion.
- Infektionen skal være dokumenteret

Andre kirurgiske komplikationer

- Angiver om der er eller har været kirurgiske komplikationer relateret til indgreb (ikke komplikationer med relation til operationssåret)
- Angives som "Ingen", "Behandlingskrævende blødning", "Fascieruptur", "Ileus", "Behandlingskrævende tarmiskæmi", "Perifer embolisering", "Perifer nervelæsion" eller "Andet".
- "Behandlingskrævende blødning" medfører reoperation for hæmostase. "Fascieruptur" forudsætter operation eller forlænget indlæggelse med konservativ behandling. "Ileus", "Behandlingskrævende tarmiskæmi" og "Perifer embolisering" forudsætter operation. "Perifer nervelæsion" defineres som motoriske eller sensoriske forstyrrelser i relation til operationen, men ikke hypæstesi omkring cicatricen.
- Komplikationen skal være dokumenteret i patientjournalen.

Almene komplikationer

- Angiver om der er eller har været almene komplikationer med relation til det kirurgiske indgreb.
- Angives som "Ingen", "AMI", "Pumpesvigt", "Behandlingskrævende arytmie", "Behandlingskrævende pulmonal komplikation", "Postoperativ AKI (>25% stigning i kreatinin)", "Postoperativ dialysebehov", "Intensiv afdeling over 3 døgn", "TIA

postoperativt", "Stroke postoperativt", "Dyb venetrombose", "Lungeembolus", "Ekstremitets kompartmentsyndrom", "Multiorgansvigt (MOF)", "Abdominal kompartmentsyndrom" eller " Andet".

- "Postoperativ AKI" kræver væsentlig creatinforhøjelse og tilsyn/udredning/behandling ved nefrologisk afd.
- Det er gældende for alle komplikationer, at de skal være behandlingskrævende og have betydning for indlæggelsesforløbet. Behandlingen skal ligeledes være dokumenteret i journalen.