

Landsregisteret Karbase Landsdækkende REGISTRERINGSSKEMA – INDGREB

På hvilke patienter skal dette skema udfyldes?

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

- Akut emboli og trombose i arterier (DI74)
- Karsygdomme i hjernen (DI63, DI64 og DI65.2)
- Episodiske og anfaldsvise lidelser (DG45)
- 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)

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

PATIENTIDENTIFIKATION

CPR-nr.

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------------------------------------------------------------------------

INDGREB (KIRURGISK/ENDOVASKULÆRT)

Hæmoglobin:

_____ mmol/l

Creatinin:

_____ µmol/l

Vægt:

_____ kg

Højde:

_____ cm

Herefter beregnes BMI automatisk.

Dato for behandling/operation:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">å</td> <td style="text-align: center;">å</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>									d	d	m	m	å	å		
d	d	m	m	å	å												
Start-tidspunkt: (angives <u>ikke</u> ved endovaskulær procedure)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">t</td> <td style="text-align: center;">t</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">m</td> </tr> </table>					t	t	m	m								
t	t	m	m														
Slut-tidspunkt: (angives <u>ikke</u> ved endovaskulær procedure)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">t</td> <td style="text-align: center;">t</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">m</td> </tr> </table>					t	t	m	m								
t	t	m	m														
Kirurg 1: Eventuelt: Kirurg 2 Kirurg 3 Kirurg 4	<p>_____</p> <p>Superviseret operation: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
Behandlingside: Her angives den symptomgivende side. Eksempelvis for cross-over bypass markeres recipientsiden. Der skal et indgrebsskema for hver kissing stent, dvs. både hø. og ve.	<input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Centralt																
Behandlingsindikation: Den vigtigste behandlingsindikation skal anføres først, f.eks. indikationen claudicatio intermittens hos en pt., der også får reseceret sit AAA. Der skal kodes efter, hvad der har udløst behandling. Ved iskæmi kodes kun det alvorligste symptom, f.eks. er det tilstrækkeligt at kode Gangræn uden også at kode claudicatio og hvilesmerter.	<input type="checkbox"/> 01 Akut ekstremitetsiskæmi <input type="checkbox"/> 02 Amaurosis Fugax <input type="checkbox"/> 03 Aneurisme - asymptomatisk <input type="checkbox"/> 04 Aneurisme - symptomatisk <input type="checkbox"/> 05 Aneurisme - rumperet <input type="checkbox"/> 06 Aneurisme - tromboseret <input type="checkbox"/> 07 Aneurisme - pseudo																

- 08 Aneurisme - mykotisk
- 13 Blødning/hæmatom
- 14 Infektion (ikke proteseinfektion = 55)
- 15 Intestinal iskæmi, angina abdominalis
- 16 Funktionsbetinget iskæmi, claudicatio intermittens
- 17 Kronisk iskæmi - hvilesmerter
- 18 Kronisk iskæmi - sår
- 19 Kronisk iskæmi - gangræn
- 20 Renovaskulær hypertension
- 21 Stroke
- 22 Thoracic outlet syndrom (TOS)
- 23 Transitorisk iskæmisk attack (TIA)
- 24 Traume
- 25 Trombose af karrekonstruktion
- 26 Uræmi
- 27 Varicer
- 28 Vasospasme/Raynaud
- 29 Venetrombose
- 30 Truende rekonstruktionssvigt
- 31 Permanent central venøs adgang
- 50 Sårkomplikationer
- 51 Fascieruptur
- 52 Ileus
- 53 Tarmiskæmi
- 54 Aorto/protese-intestinal fistel
- 55 Proteseinfektion
- 56 Ekstremitets kompartment
- 57 Langvarig intubation

<p>Operationskode:</p> <p>(Her skal anføres det vigtigste indgreb, hvor der kan laves selvstændigt follow-up. Hvis der fx er lavet bukseprotese og samtidig TEA i lysken, kan man undlade TEA-koden, eller placere den under Operationskode 2 eller 3.</p> <p>Hvis der derimod er foretaget in situ bypass samtidig med bukseprotese, skal der oprettes 2 indgrebsskemaer, hvor de to operationer kodes hver for sig.</p> <p>Grundreglen er, at der skal oprettes et indgrebsskema for alle indgreb, hvor der kan laves selvstændigt follow-up.)</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> <p>Brug evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande"</p>								

VED CAROTIS OPERATION:																																	
<p>Endarterektomi metode:</p>	<p><input type="checkbox"/> Længdegående arteriotomi uden patch</p> <p><input type="checkbox"/> Længdegående arteriotomi med patch</p> <p><input type="checkbox"/> Eversionsendarterektomi</p>																																
<p>Indikation for carotis operation:</p> <p>Hvis der vælges 'symptomatisk', skal følgende besvares:</p> <p>Symptomdebut (dato for 1. event) (Amaurosis fugax, TIA eller stroke)</p> <p>Dato for første lægekontakt herom:</p>	<p><input type="checkbox"/> Symptomatisk</p> <p><input type="checkbox"/> Asymptomatisk</p> <p>Hvis præcise dato ikke kendes skal anvendes et skøn. F.eks. anvendes sidste tidspunkt, hvor patienten med sikkerhed ikke havde udviklet apopleksi dvs. sidst er set rask.</p> <p>Ved OPHOBEDE TIA episoder angives dato/tidspunkt for første episode indenfor de sidste 30 dage.</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">å</td> <td style="text-align: center;">å</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">d</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">m</td> <td style="text-align: center;">å</td> <td style="text-align: center;">å</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									d	d	m	m	å	å											d	d	m	m	å	å		
d	d	m	m	å	å																												
d	d	m	m	å	å																												

Stenosegrad carotis interna dxt:	<input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-99% <input type="checkbox"/> Okklusion
Stenosegrad carotis interna sin:	<input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-99% <input type="checkbox"/> Okklusion
Carotis shunt benyttet:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

ANEURISME: Ved alle former for aneurismer skal følgende besvares:	
Indikationsgivende aneurismes placering:	<input type="checkbox"/> Aorta descendens <input type="checkbox"/> Aorta infrarenalt <input type="checkbox"/> Aorta suprarenalt <input type="checkbox"/> Iliaca com <input type="checkbox"/> Iliaca externa <input type="checkbox"/> Iliaca interna <input type="checkbox"/> Femoralis communis <input type="checkbox"/> Femoralis superficialis <input type="checkbox"/> Femoralis profunda <input type="checkbox"/> Poplitea <input type="checkbox"/> Subclavia

Størrelse på indikationsgivende aneurisme (cm)	<input type="checkbox"/> Carotis communis <input type="checkbox"/> Carotis interna <input type="checkbox"/> Thoracoabdominalt <input type="checkbox"/> Andet _____ cm
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Materialekode: Materialekoden hentes fra SKS-systemet, de hyppigst brugte 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) HUSK altid materialekode - dvs. der skal kodes ZPM00, hvis der ikke er brugt materiale.</p>	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; margin-bottom: 10px;"> </div> <p>Brug evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande"</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Øvrige operationskoder:	<p>_____</p> <p>Brug evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande"</p> <p>Det er muligt at tilføje flere operationskoder</p>
Øvrig materialekode:	<p>_____</p> <p>Brug evt. "Kort kodevejledning for karkirurgiske tilstande"</p>
Operationstype:	<p><input type="checkbox"/> Akut operation</p> <p><input type="checkbox"/> Elektiv operation</p>
Assistance operation:	<p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p>
Operationstype:	<p><input type="checkbox"/> Primær karkirurgisk rekonstruktion</p> <p><input type="checkbox"/> Tidligere opereret prox. eller distalt</p> <p><input type="checkbox"/> Tidligere opereret i samme felt</p> <p><input type="checkbox"/> Alle andre operationer</p>
Blodtab under operationen:	<p>_____ml</p>
Blodprodukter under operationen:	<p>Blodtransfusion: autotransfusion _____ml</p> <p>Blodtransfusion: SAG-M portioner (af ca. 250 ml)</p> <p>_____ antal</p>
Anæstesi	<p><input type="checkbox"/> Ingen</p> <p><input type="checkbox"/> Generel anæstesi alene</p>

	<input type="checkbox"/> Regional anæstesi alene <input type="checkbox"/> Kombineret generel + regional <input type="checkbox"/> Lokal infiltrationsanalgesi <input type="checkbox"/> Andet
Incision:	<input type="checkbox"/> Ingen abdominal/thoracal incision <input type="checkbox"/> Laparotomi - midtlinje <input type="checkbox"/> Laparotomi – tvær <input type="checkbox"/> Retroperitoneal adgang <input type="checkbox"/> Thoraco-abdominal adgang <input type="checkbox"/> Thoracotomi

EVAR: Hvis der er anført en af følgende operationskoder: KPDQ10, KPDQ20 eller KPDQ21, åbnes et EVAR-underskema og følgende skal besvares:	
PRÆOPERATIVT (EVAR)	
Undersøgelsesmetode:	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Arteriografi <input type="checkbox"/> Andet, skriv: _____
Udmåling af hals (mm): Længde: _____ mm Diameter ved nyrearterie: _____ mm Diameter midtpå: _____ mm Diameter bund: _____ mm	

Aneurismediameter (mm):	_____mm
Diameter af Iliaca-arterier (mm): Bredest sted ved højre Iliaca: Bredest sted ved venstre Iliaca:	_____mm _____mm
Diameter ved landingzone højre Iliaca (mm): Diameter ved landingzone venstre Iliaca (mm):	_____mm _____mm
Vinkel aortahals (grader):	<input type="checkbox"/> < 60 grader <input type="checkbox"/> ≥ 60 grader
Vinkel Iliaca (max grader):	<input type="checkbox"/> < 60 grader <input type="checkbox"/> ≥ 60 grader
PEROPERATIVT (EVAR)	
Grafttype:	<input type="checkbox"/> Bifurkationsgraft <input type="checkbox"/> Aorto-Uniliacal <input type="checkbox"/> Fenestreret <input type="checkbox"/> Andet, skriv: _____
Navn på graft og firma:	_____
Graft diameter prox.: Graft diameter hø. ben (mm): Graft diameter ve. ben (mm):	_____mm _____mm _____mm
Adgang hø. side:	<input type="checkbox"/> Nej

	<input type="checkbox"/> Frilagt a. fem. <input type="checkbox"/> Perkutant <input type="checkbox"/> Perkutant + fasciesutur <input type="checkbox"/> Andet, skriv: _____
Adgang ve. side:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Frilagt a. fem. <input type="checkbox"/> Perkutant <input type="checkbox"/> Perkutant + fasciesutur <input type="checkbox"/> Andet, skriv: _____
AFSLUTNINGSARTERIOGRAFI (EVAR)	
Lækage øvre landingzone:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lækage distal landingszone:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lækage IMA eller lumbal:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lækage Iliaca Interna:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lækage protese:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Blokeret nyrearterie:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, intenderet <input type="checkbox"/> Ja, ikke intenderet

Blokeret polarterie:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, intenderet <input type="checkbox"/> Ja, ikke intenderet
Blokeret Iliaca Interna:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, intenderet <input type="checkbox"/> Ja, ikke intenderet
Afstand til nyrearterie (mm):	_____mm
SUPPLERENDE PROCEDURER (EVAR)	
Supplerende PTA/stent:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Supplerende X-over bypass:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Supplerende embolisering II. Int.:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Supplerende forlængelse:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Andet supplerende, skriv:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Andre EVAR-relaterede komplikationer, skriv: _____