

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR BRÖSTREKONSTRUKTIONER		REKONSTRUKTIVA INGREPP SAMTIDIGT FORMULÄR 1 MED CANCEROPERATION	
Sjukhus, klinik.....		Personnummer	
Endast huvudoperatör		Namn.....	
Rapporteringsdatum..... (år-mån-dag)		Vid bilateral cancer, fyll i två formulär	
Bröstcancer sida	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
Ingreppet avser	<input type="checkbox"/> Primär cancer	<input type="checkbox"/> Recidiv	<input type="checkbox"/> Profylax
Typ av ingrepp på cancersida	<input type="checkbox"/> Partiell mastektomi	<input type="checkbox"/> Mastektomi	
Mamillbasbiopsi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
PARTIELL MASTEKTOMI + SAMTIDIG ONKOPLASTIKKIRURGI			
Operationsdatum.....		Deltar i antibiotika studien <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Vid partiell mastektomi, specificera typ av onkoplastikkirurgiskt ingrepp (OPB)			
<input type="checkbox"/> Omformning (intern lambå) + sutur (HAB40 + ZZR70)		<input type="checkbox"/> Volymssubstitution med lambå (HAB40 + HAE10)	
<input type="checkbox"/> Reduktionsplastik (OPB-reduktion) (HAB40 + HAD30/35)		(T.ex. killambå, perforantlambå, LD-minilambå)	
MASTEKTOMI + SAMTIDIG REKONSTRUKTION			
Operationsdatum.....			
Specificera: <input type="checkbox"/> Mastektomi (HAC20/22)			
<input type="checkbox"/> Mastektomi med bevarande av mamill och areola (HAC10) <input type="checkbox"/> Mastektomi med bevarande av areola (HAC15)			
Enbart implantatrekonstruktion (HAE00)		Implantat, tillverkare	
<input type="checkbox"/> Permanent protes(HAE00)		<input type="checkbox"/> Arion <input type="checkbox"/> Eurosilicone <input type="checkbox"/> McGhan/Allergan	
<input type="checkbox"/> Permanent expanderprotes (HAE00)		<input type="checkbox"/> Mentor <input type="checkbox"/> Perthese	
<input type="checkbox"/> 2-seansrekonstruktion (HAE00 + ZZS50/ZZS70)		<input type="checkbox"/> Polytech Silimed <input type="checkbox"/> Annan	
Datum för implantatbyte:		Implantat, form	
Implantatbyte sker i: <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Slutenvård		<input type="checkbox"/> Rund <input type="checkbox"/> Anatomisk	
Dermisplatta (ADM) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Implantat, yta	
		<input type="checkbox"/> Slät <input type="checkbox"/> Texturerad	
Lambårekonstruktion + implantat (HAE05)		Implantat, fyllnad	
<input type="checkbox"/> LTD (killambå) (HAE05 + ZZR05)		<input type="checkbox"/> Silikongel <input type="checkbox"/> Koksalt <input type="checkbox"/> Kombination	
<input type="checkbox"/> LD (latissimus dorsi) (HAE05 + ZZR10)		Referensnummer för implantat.....	
<input type="checkbox"/> Annan (HAE05), ange tilläggskod			
Lambårekonstruktion, stjätkad (utan implantat) (HAE10)		Lambårekonstruktion, mikrovask (utan implantat) (HAE10)	
<input type="checkbox"/> LTD (killambå) (HAE10 + ZZR05)		<input type="checkbox"/> TRAM (HAE10 + ZZQ10)	
<input type="checkbox"/> LD (latissimus dorsi) (HAE10 + ZZR10)		<input type="checkbox"/> DIEP (HAE10 + ZZQ00)	
<input type="checkbox"/> TRAM (HAE10 + ZZR10)		<input type="checkbox"/> Annan (HAE10), ange tilläggskod.....	
<input type="checkbox"/> Annan (HAE10), ange tilläggskod.....			
MAMILLREKONSTRUKTION		AREOLAREKONSTRUKTION	
Mamillrekonstruktion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (om ja, ange teknik)		Areolarekonstruktion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (om ja, ange teknik)	
Operationsdatum:		Operationsdatum:	
<input type="checkbox"/> Delning från andra mamill <input type="checkbox"/> Lokal lambå		<input type="checkbox"/> Delning från andra areola <input type="checkbox"/> Fullhud från ljumske	
<input type="checkbox"/> Retransplantation av mamilltopp <input type="checkbox"/> Tatuering		<input type="checkbox"/> Tatuering <input type="checkbox"/> Annan teknik	
<input type="checkbox"/> Annan teknik			
Patienten är utredd på onkogenetisk enhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas			
KONTRALATERALT INGREPP			
Kontralateralt ingrepp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Operationsdatum:	
Ingreppet avser profylax <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Specificera ingrepp (ev. flera):		<input type="checkbox"/> Mastektomi (HAC20/22)	
<input type="checkbox"/> Reduktionsplastik (HAD30/35)		<input type="checkbox"/> Subkutan mastektomi (HAC10/15)	
<input type="checkbox"/> Mastopexi (enbart hudresektion) (HAD40)		<input type="checkbox"/> Rekonstruktion (HAE00/05/10)	
<input type="checkbox"/> Förstoringsplastik (HAD10)		<input type="checkbox"/> HAE00 <input type="checkbox"/> HAE05 <input type="checkbox"/> HAE10	
<input type="checkbox"/> Fettsugning (HAD20)		<input type="checkbox"/> Mamill - areolarekonstruktion (HAE20)	
<input type="checkbox"/> Fettransplantation (ZZF00)		Referensnummer för implantat.....	
<input type="checkbox"/> Avlägsnande av protes (HAD50)			