

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR BRÖSTREKONSTRUKTIONER		SENA REKONSTRUKTIVA INGREPP	Formulär 2
Sjukhus, klinik:.....		Personnummer.....	
Endast huvudoperatör.....		Namn.....	
Rapporteringsdatum..... (år-mån-dag)		<b>Vid bilateral cancer, fyll i två formulär</b>	
Bröstcancer, sida för vilket ingreppet gäller <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster			
Typ av ingrepp <input type="checkbox"/> Senrekonstruktion efter mastektomi <input type="checkbox"/> Mamillrekonstruktion <input type="checkbox"/> Areolarekonstruktion <input type="checkbox"/> Senkorrektion efter partiell mastektomi			
<b>SENREKONSTRUKTION EFTER MASTEKTOMI</b>			
Operationsdatum: .....		Ingreppet sker i: <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Slutenvård	
Deltar i antibiotika studien <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
<b>Enbart implantatrekonstruktion (HAE00)</b> <input type="checkbox"/> Permanent protes (HAE00) <input type="checkbox"/> Permanent expanderprotes (HAE00) <input type="checkbox"/> 2-seansrekonstruktion (HAE00 + ZZS50/ZZS70) Datum för implantatbyte: .....		<b>Implantat, tillverkare</b> <input type="checkbox"/> Arion <input type="checkbox"/> Eurosilicone <input type="checkbox"/> McGhan/Allergan <input type="checkbox"/> Mentor <input type="checkbox"/> Perthese <input type="checkbox"/> Polytech Silimed <input type="checkbox"/> Annan	
Implantatbyte sker i: <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Slutenvård		<b>Implantat, form</b> <input type="checkbox"/> Rund <input type="checkbox"/> Anatomisk	
<b>Dermisplatta (ADM)</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<b>Implantat, yta</b> <input type="checkbox"/> Slät <input type="checkbox"/> Texturerad	
<b>Lambårekonstruktion + implantat (HAE05)</b> <input type="checkbox"/> LTD (killambå) (HAE05 + ZZR05) <input type="checkbox"/> LD (latissimus dorsi) (HAE05 + ZZR10) <input type="checkbox"/> Annan (HAE05), ange tilläggskod.....		<b>Implantat, fyllnad</b> <input type="checkbox"/> Silikongel <input type="checkbox"/> Koksalt <input type="checkbox"/> Kombination <b>Referensnummer för implantat.....</b>	
<b>Lambårekonstruktion, stjätkad (utan implantat) (HAE10)</b> <input type="checkbox"/> LTD (killambå) (HAE10 + ZZR05) <input type="checkbox"/> LD (latissimus dorsi) (HAE10 + ZZR10) <input type="checkbox"/> TRAM (HAE10 + ZZR10) <input type="checkbox"/> Annan (HAE10), ange tilläggskod.....		<b>Lambårekonstruktion, mikrovask (utan implantat) (HAE10)</b> <input type="checkbox"/> TRAM (HAE10 + ZZQ10) <input type="checkbox"/> DIEP (HAE10 + ZZQ00) <input type="checkbox"/> Annan (HAE10), ange tilläggskod.....	
<b>MAMILLREKONSTRUKTION</b>		<b>AREOLAREKONSTRUKTION</b>	
Operationsdatum: .....		Operationsdatum: .....	
<input type="checkbox"/> Delning från andra mamill <input type="checkbox"/> Lokal lambå <input type="checkbox"/> Replantation av mamilltopp <input type="checkbox"/> Tatuering <input type="checkbox"/> Annan teknik		<input type="checkbox"/> Delning från andra areola <input type="checkbox"/> Fullhud från ljumske <input type="checkbox"/> Tatuering <input type="checkbox"/> Annan teknik	
<b>SENKORREKTION EFTER PARTIELL MASTEKTOMI</b>		Operationsdatum: .....	
<input type="checkbox"/> Mobilisering + sutur (HAD99) <input type="checkbox"/> Z-plastik (ZZS45) <input type="checkbox"/> Omformning (intern lambå) + sutur (HAD99 + ZZR70) <input type="checkbox"/> Volymssubstitution med lambå (HAD99+ HAE10) (T.ex. perforantlambå, LD-minilambå)		<input type="checkbox"/> Mastopexi (HAD40) <input type="checkbox"/> Reduktionsplastik (HAD30/35) <input type="checkbox"/> Fettransplantation (HAD99 + ZZF00) <input type="checkbox"/> Annan	
Patienten är utredd på onkogenetisk enhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas			
<b>KONTRALATERAT INGREPP</b>			
Kontralateralt ingrepp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Operationsdatum: .....	
Ingreppet avser profylax <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
<b>Specificera ingrepp (ev. flera)</b>			
<input type="checkbox"/> Reduktionsplastik (HAD30/35) <input type="checkbox"/> Mastopexi (enbart hudresektion) (HAD40) <input type="checkbox"/> Förstoringsplastik (HAD10) <input type="checkbox"/> Fettsugning (HAD20) <input type="checkbox"/> Fettransplantation (ZZF00) <input type="checkbox"/> Avlägsnande av protes (HAD50)		<input type="checkbox"/> Mastektomi (HAC20/22) <input type="checkbox"/> Subkutan mastektomi (HAC10/15) <input type="checkbox"/> Bröstrekonstruktion (HAE00/05/10) <input type="checkbox"/> HAE00 <input type="checkbox"/> HAE05 <input type="checkbox"/> HAE10 <input type="checkbox"/> Mamill - areolarekonstruktion (HAE20) <b>Referensnummer för implantat.....</b>	