

KIRURGISK BEHANDLING – Svenska Hypofysregistret

Inrapportör _____	Personnummer _____
Sjukhus/klinik _____	Namn _____

Operation

Beslutsdatum operation _____ Planerad operation ej utförd (blankett klar att skicka in).

Operationsdatum _____

Om fördröjning av operation, ange anledning: Självvald väntan Medicinsk orsak Annan orsak: _____

Opererande sjukhus/klinik _____

Primär operation Re-operation

Operatör 1 _____

Operatör 2 _____

Typ av operation (ett val)

Extirpation/Resektion

Biopsi

Dränage

Yttrium90, fyll i nedan:

Cystvolym _____ cm³

Strålmängd _____ MBq

Annat _____

Operationsväg (ett val)

Transssfenoidal

Endonasal direkt bilateral sfenoidektomi och posterior septektomi

Endonasal septal dislocation

Transnasal submukosal transseptal

Sublabial submukosal transseptal

Lateral rinotomi

Utvidgad transssfenoidal ingång (alla varianter)

Övriga

Transkraniell

Stereotaktisk punktion

Annan approach _____

Hjälpmedel (flera val möjliga)

Endoskop

Mikroskop

Navigation

Intraoperativ MRT

Annat hjälpmedel _____

Observationer peroperativt

Likvorläckage under op Nej Ja, profust Ja, diskret Uppgift saknas

Makroskopisk radikalitet Nej Ja Tveksamt Uppgift saknas

Annat Nej Ja Specificera _____

Postoperativa komplikationer (inom vårdtillfället för hypofysoperationen)

Inga komplikationer

Behandlingskrävande post-operativt likvorläckage

Lumbaldrän Operativ tätning

Intrasellärt hematom/pneumocephalus som krävt åtgärd

Meningit/encephalit

Lambåinfektion

Ögonmuskelpares

Försämring av visus/synfält (ögonläkarbedömning)

Lungemboli

Djup ventrombos

Annan cerebral blödning/infarkt/kärlskada: _____

Annat. Ange vad: _____

Avliden. Dödsorsak: _____

30-dagars postop (tel)uppföljning på annan enhet än den opererande

Sjukhus/klinik _____

KIRURGISK BEHANDLING – Svenska Hypofysregistret

Pre-operativ radiologi (Ny radiologi ifylles endast om förnyad MRT/CT gjorts efter anmälan)				
Radiologi avser	<input type="checkbox"/> Hypofystumör	<input type="checkbox"/> Kraniofaryngiom	<input type="checkbox"/> Annat	
Typ av undersökning	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ej utförd (blanketten klar att skicka in)	
Datum	_____			
Längd _____ mm	Bredd _____ mm	Höjd _____ mm	<input type="checkbox"/> Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största.	
Hypofystumör				
Storleksindelning:	<input type="checkbox"/> Mikroadenom (<10 mm)		<input type="checkbox"/> Makroadenom (≥10 mm)	
Knosp-S	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan			
SUPRA sellär	PARA sellär			
	Höger	Vänster		
<input type="checkbox"/> Grad 0	<input type="checkbox"/> Grad 0	<input type="checkbox"/> Grad 0		
<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 1		
<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 2		
<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 3a	<input type="checkbox"/> Grad 3a		
<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 3b	<input type="checkbox"/> Grad 3b		
<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 4		
	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
Kraniofaryngiom				
Lokalisation	<input type="checkbox"/> Intraselär	<input type="checkbox"/> Supraselär	<input type="checkbox"/> Deformering av/inväxt i 3:e ventrikeln	<input type="checkbox"/> Retrochiasmal <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Cysticitet	<input type="checkbox"/> Solid	<input type="checkbox"/> Solid /Cystisk	<input type="checkbox"/> Cystisk	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas