

Septumplastik

Peroperativ enkät



Personnummer: _____

Operationsdatum*: _____

* = obligatorisk fråga

Utförd operation*

Septumplastik utan conchotomi(DJD20)

Septumplastik med conchotomi(DJD20+DHB40/45/50)

Är operatören samma som anmälände läkare?

Ja

Nej

Operationen utförd i narkos?

Ja

Nej

Septumplastik utförd endoskopiskt*

Ja

Nej

Operationsteknik

Tunnlar

Unilateralt

Bilateralt

Brosk/ben uttaget

Ja

Nej

Om ja, brosk/ben återinsatt?

Ja

Nej

Plattor/Skivor/Splintar

Ja

Nej

Quilting med transeptala suturer/stapler

Ja

Nej

Conchotomi kallt stål, shaver

Ja

Nej

Om ja, sida?

Höger

Vänster

Bilateralt

Conchotomi RF, diatermi

Ja

Nej

Om ja, sida?

Höger

Vänster

Bilateralt

Tamponad *

Ja

Nej

Om ja, material;

Syntetiskt material absorberande yta, t.ex. Merocel

Syntetiskt material med icke absorberande yta, t.ex. Netcell

Gasbindetamponad

Resorberbar tamponad

Annat, specificera material: _____

Antal dagar med tamponad? _____ (gäller inte resorberbar tamponad!)

Lokal antibiotika på tamponad tex Terracortrildroppar/salva

Ja

Nej

Andningsrör

Ja

Nej

Antibiotika*

Systemisk antibiotika peroperativt? Ja

Nej

Systemisk antibiotika postoperativt? Ja

Nej