|  |
| --- |
| **Thyroidea Formulär** |

**sqrtpa**

**Patient Information (Fyll i eller använd patientetikett)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnr**: | **-** |

**Basuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Kirurg: | Senior Kirurg Ej självständig kirurg(utfört operationen under handledning) |

|  |
| --- |
| Datum för utfärdande av remiss:  Datum då remiss bedömts på mottagande klinik:  Datum för första besök hos specialist |
| Datum för behandlingsbeslut/patient uppsatt på väntelista för op |

**--** Data saknas:

**--** Data saknas:

**--** Data saknas:

**--** Data saknas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREOPERATIVA DATA** | | | |
| **1. Huvudindikation till kirurgi** | | | |
| Malignitet (elakartad tumör)  Utesluta malignitet (elakartad tumör) *Fortsätt med fråga 2*  Kompressionssymptom  Återkommande cysta  Thyreotoxikos 🡪 *Gå till fråga 1B*  Komplettering till thyroidektomi p g a cancer  Annan indikation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Fortsätt med fråga 2* | | | |
|  | | | |
| ***1b.*** *Om thyreotoxikos,*  Grave´s sjukdom 🡪 *Gå till fråga 1C*  Multinodular goitre  Toxiskt adenom  *Fortsätt med fråga 1d*  Thyroidit  Annan indikation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| **1c.***If* ***Grave’s disease*:** *oftalmopati*  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **1d. Subklinisk thyreotoxikos** | | | |
| Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **1e. Medicinsk behandling innan behandling** | | | |
| Inga  Betablockerare  Annat thyroideablockerande läkemedel  Tyreostatika  Lugol´s lösning  Kortison | | |  |
|  | | | |
| **2. Intrathorakal struma** | | | |
| Ja (klinisk bedömning)  Nej | | | |
|  | | | |
| **3. S-Calcium**  Tillgänglig 🡪 total mmol/\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| **4. Cytologi (välj lämpligast alternativ)**  Ej utförd  Icke diagnostiskt eller felaktigt  Benign (Bethesda II) | | | |
| Atypi av oklar betydelse eller follikulär resistens av oklar signifikans (Bethesda III) | | | |
| Follikulär neoplasi eller suspekt follikulär neoplasm (Bethesda IV)  Misstänkt malignitet (Bethesda V)  Malignitet (Bethesda VI)  **4a. Om cytologi, FNA utförd under ultraljud**  Ja  Nej  Ej utförd | | | |
| **5. Biopsy (välj lämpligt svar)**  Ej utförd  Data saknas | | | |
| Ej representativt  Benign  Malignt  Follikulär/oxyfili neoplasi  Cysta  Suspekt/misstänkt malignitet | | *Fortsätt till fråga 5a.* | |
| **5a. *Biopsi utförd under ultraljud***  Ja  Nej Ej utfört  **6. Tidigare thyroideaoperation**  Nej  bilateralt ingrepp  unilateralt ingrepp  oklar operation | | | |
| **7. Indirekt eller direkt laryongoskopi (välj lämpligt alternativ)** | | | |
|  | | | |
| Ej utförd  Normal  Pares n laryngeus recurrens dexter (höger)  Pares n laryngeus recurrens sinister (vänster)  Bilateral pares av n laryngeus recurrens | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **OPERATION** | | | |
| **8. Operationsdatum** (dd/mm/åå) **:** **--** | | | |
|  | | | |
| **9. Operationstid** (hud-hud) | | | |
| Ange 🡪 minuter\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ingen information | | | |
|  | | | |
| **10. Thyroidea operation** | | | |
| Ja 🡪  Nej | | | *Om Ja****,*** *välj lämpligt alternativ*  Biopsi av thyroidea (BAA00)  Exploration av thyroidea (BAA05)  Incision av thyroidea (BAA10)  Unilateral resektion av thyroidea (BAA20)  Bilateral resektion av thyroidea (BAA25)  Isthmus resektion of thyroid gland (BAA30)  Hemithyroidektomi (BAA40)  Lobektomi och resektion av kontralateral thyroidealob (BAA50)  Thyroidektomi (BAA 60)  Annan thyroideaoperation (BAA99) |
|  | | | |
|  | | | |
| **11. Parathyroideaoperation (ej autotransplantation av thyroidea)** | | | |
| Ja 🡪  Nej | | | *Om ja, välj lämpligt alternativ*  Biopsi av parathyroideakörtlarna (BBA10)  Exploration ofv parathyroidea körtlarna (BBA20)  Extirpation av parathyroidea (BBA30)  Subtotal parathyroidectomy(BBA40)  Parathyroidektomi (BBA50)  Annan parathyroideaoperation (BBA99) |
|  | | | |
| **12. Autotransplantation av thyroidea (BBA70)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **13. Lymfkörteloperation** | | | |
| Ja 🡪  Nej | *Om ja, välj lämpligt alternativ*  Exploration av lymfkörtlar inclusive biopsi (PJD10)  Extirpation av lymfkörtlar (PJD41)  Central lymfkörtelutrymning (PJD41) and ensidig lateral  lymfkörtelutrymning (PJD51)  Ensidig lateral halslymfkörtelutrymning (PJD51)  Bilateral lateral lymfkörtelutrymning (PJD51)  Unilateral central lymfkörtelutrymning (PJD41)    Bilateral central lymfkörtelutrymning (PJD41)  Bilateral central lymfkörtelutrymning och bilateral lateral lymfkörtelutrymning (PJD41 , PJD51)  **Skäl för lymfkörtelutrymning**  Profylaktisk  Terapeutisk  Diagnostik | | |
|  | | | |
| **14. Sternotomi (GAB20)**  Ja  Nej | | | |  |
| **16. Annan operation\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(free text)** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **17. Identifiering av n laryngeus recurrens (dexter)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **18. Identifiering av n laryngeus recurrens (sinister)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **19. Noterad skada på n laryngeus recurrens peroperativt**  vänster  höger  bilateralt  ingen skada | | | |
|  | | | |
| **20. Intraoperativ nervmonitorering**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **21. Identifiering av parathyroidea körtlar (number)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) | | | |
|  | | | |
| **POSTOPERATIVA DATA** | | | |
| **22. S-Calcium postop day 1**  total mmol/L\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **23. Hypocalcemi som krävt behandling med calcium per os**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **24. Hypocalcemi som krävt behandling med calcium iv calcium**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **25. Indirekt eller direkt laryngoskopi**  Ej utförd  Normal  pares n laryngeus recurrens dexter (höger)  pares n laryngeus recurrens sinister (vänster)  Bilateral pares av n laryngeus recurrens | | | |
|  | | | |
| **26. Oral kalcium terapi vid utskrivning p g a hypoparathyroidism**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **27. Behandling med vitamin D vid utskrivning p g a hypoparathyroidism**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **28. Reoperation för blödning (T81.0)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **29. I förekommande fall, andra allvarliga komplikationer**  ICD Kod and fritext **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **30. Datum för utskrivning** **-****-**(åååå-mm-dd)  **31. Om avliden, ange dödsdatum** **-****-**(åååå-mm-dd) | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | |  |
|  | | | |